



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2008

---

**Vielen Dank für Ihr Engagement am nationalen Hautkrebstag, 05. Mai  
2008! Hier ein kurzer Bericht**

Dummer, R ; Hofer, T

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-14232>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Dummer, R; Hofer, T (2008). Vielen Dank für Ihr Engagement am nationalen Hautkrebstag, 05. Mai 2008! Hier ein kurzer Bericht. *Dermatologica Helvetica*, (10):12-15.

# D

# ermatologica Helvetica

☐ Capsaicin patch

☐ Fokus "Hauttumoren"

☐ Honig und Hauttumoren

☐ VIH und Lipodystrophie-  
syndrom

☐ Capsaicin patch

☐ Focus "tumeurs cutanées"

☐ Miel et plaies chroniques

☐ HIV et lipodystrophie

# Trockene Haut

führt zu Juckreiz und Ekzemen



Kassenzulässig

**Excipial U Lipolotio**  
**Excipial U Hydrolotio**

schützen und pflegen trockene Haut

**RUBRIKEN DER DERMATOLOGICA HELVETICA  
RUBRIQUES DE DERMATOLOGICA HELVETICA****Weiterbildung / Formation continue****Redaktionsbüro / Bureau éditorial**

J.-H. Saurat	Hauptschriftleitung Editeur en chef
M. Harms	Schriftleitung Editeur en chef adjointe
S. Kuenzli	Schriftleitung Westschweiz Editeur député pour la Suisse romande
T. Hofer	Schriftleitung Deutschschweiz Editeur député pour la Suisse alémanique
C. Mainetti F. Pelloni	Schriftleitungen Tessin Editeurs députés pour le Tessin

e-mail : [derm.helv@bluewin.ch](mailto:derm.helv@bluewin.ch)**Journal-Klub / Journal-Club  
Fokus / Focus**J.-H. Saurat Redaktionsbüro / Bureau éditorial  
[derm.helv@bluewin.ch](mailto:derm.helv@bluewin.ch)**Klinische Fälle / Cas cliniques  
Universitätskliniken und praktizierende Ärzte  
Les cliniques universitaires et les praticiens**Fragen und Antworten / Questions et réponses  
A.-A. Ramelet, Lausanne  
[aaramalet@hin.ch](mailto:aaramalet@hin.ch)**Neues aus dem Fachgebiet / Nouvelles  
professionnelles**Forum des Präsidenten der SGDV / Tribune du  
Président de la SSDV  
T. Hofer  
[thomas.hofer@sec.hin.ch](mailto:thomas.hofer@sec.hin.ch)Neues aus der SGDV / Nouvelles de la SSDV  
M. Pongratz  
e-mail: [sgdv-ssdv@hin.ch](mailto:sgdv-ssdv@hin.ch)Neues aus den Kliniken / Nouvelles des cliniques  
Klinikdirektoren / Les directeurs des cliniquesNeues aus den kantonalen Fachgesellschaften /  
Nouvelles des Sociétés cantonales de la spécialité  
Präsidenten der Gesellschaften / Les présidents des sociétésAnkündigungen (Kongresse/Kolloquien) und Berichte / Annonces  
(congrès/colloques) et Bureau éditorial  
[derm.helv@bluewin.ch](mailto:derm.helv@bluewin.ch)Freies Forum / Tribune libre  
Redaktionsbüro / Bureau éditorial  
[derm.helv@bluewin.ch](mailto:derm.helv@bluewin.ch)Humorvolles und Launiges / Billet d'humour et d'humeur  
J.P. Grillet  
[derm.helv@bluewin.ch](mailto:derm.helv@bluewin.ch)Neues aus der Industrie / Nouvelles de l'industrie  
Redaktionsbüro / Bureau éditorial  
[derm.helv@bluewin.ch](mailto:derm.helv@bluewin.ch)Druck / Impression  
Atar Roto Presse SA, Vernier

ISSN : 1420-2360

Für den Inhalt ausserhalb des redaktionellen Teils (insbesondere Anzeigen, Industrieinformationen, Pressezitate und Kongressinformationen) übernehmen Redaktion und Verlag keine Gewähr. Eine Markenbezeichnung kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung in dieser Zeitschrift das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlen sollten.

L'éditeur et la rédaction déclinent toute responsabilité concernant le contenu non rédactionnel du périodique (en particulier les annonces, les informations émanant de l'industrie, les citations tirées de la presse et les informations issues de congrès). Une marque déposée peut jouir d'une protection légale même si elle est mentionnée dans le périodique sans le symbole ® ou toute autre marque signalant, le cas échéant, une telle protection juridique.

**Dosierungsangaben von Medikamenten:**

Autoren und Verlag haben alle Anstrengungen unternommen, um sicherzustellen, dass Auswahl und Dosierungsangaben von Medikamenten im vorliegenden Text mit den aktuellen Vorschriften und der Praxis übereinstimmen. Trotzdem muss der Leser im Hinblick auf den Stand der Forschung, Änderungen staatlicher Gesetzgebungen und den ununterbrochenen Fluss neuer Forschungsergebnisse bezüglich Medikamentenwirkung und -nebenwirkungen darauf aufmerksam gemacht werden, dass unbedingt bei jedem Medikament der Packungsprospekt konsultiert werden muss, um mögliche Änderungen im Hinblick auf Indikation und Dosis nicht zu übersehen. Gleiches gilt für spezielle Warnungen und Vorsichtsmassnahmen. Ganz besonders gilt dieser Hinweis für empfohlene neue und/oder nur selten gebrauchte Wirkstoffe. Alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlags dürfen diese Publikation oder Teile daraus nicht in andere Sprachen übersetzt oder in irgendeiner Form mit mechanischen oder elektronischen Mitteln (einschliesslich Fotokopie, Tonaufnahme und Mikrokopie) reproduziert oder auf einem Datenträger oder einem Computersystem gespeichert werden.

**Posologie des médicaments:**

Les auteurs et l'éditeur ont tout mis en œuvre pour s'assurer que le choix des médicaments et la posologie préconisés dans ce texte soient conformes aux recommandations et à la pratique au moment de la publication. Cependant, compte tenu des recherches en cours, des changements dans les législations et de l'afflux constant de données nouvelles concernant la thérapie médicamenteuse et l'effet des médicaments, il est vivement recommandé au lecteur de vérifier sur la notice jointe à chaque emballage si aucune modification n'est intervenue dans la posologie et si aucune nouvelle contre-indication ou précaution à prendre n'a été signalée. Cela est particulièrement important lorsque l'agent recommandé est nouveau ou peu employé. Tous droits de reproduction, même partielle, sous n'importe quelle forme, strictement réservés.

## Palifermin-induced flexural hyperpigmentation: a clinical and histological study of five cases

SIBELT LA, ABOOSY N, VAN DER VELDEN WJ, BLIJLEVEN NM, BLOKX WA, SEYGER MM  
Radboud University, Nijmegen, The Netherlands.

British Journal of Dermatology 2008, 159 (5) :1200-3.

Palifermin is a human keratinocyte growth factor that is efficacious in reducing duration and severity of oral mucositis during autologous haematopoietic stem-cell transplantation for haematological cancer as well as chemotherapy for colorectal cancers. We report the clinical and histological characteristics of a series of five patients who developed flexural hyperpigmentation after treatment with palifermin. All patients showed ill-defined symmetrical hyperpigmented papillomatous plaques with slight erythema in the skin folds, especially affecting axillary and inguinal areas. The most striking histological finding was the thickened granular layer in all patients. We demonstrate that filaggrin, an essential component in the terminal differentiation of the epidermis, was upregulated in these cases. Palifermin-induced flexural hyperpigmentation is a newly defined clinical and histological entity. The possible aetiology is discussed.

## The influence of antimalarial treatment on IL-1beta, IL-6 and TNF-alpha mRNA expression on UVB-irradiated skin in systemic lupus erythematosus

WOZNIACKA A, LESIAK A, BONCELA J, SMOLARCZYK K, MCCAULIFFE DP, SYSA-JEDRZEJOWSKA A  
Medical University of Lodz, Lodz, Poland.

British Journal of Dermatology 2008, 159 (5) :1124-30.

**Background :** There are very few data addressing the mechanisms of antimalarial treatment benefit locally within the skin of patients with lupus erythematosus, at the level of cytokine messenger RNA (mRNA) expression.

**Objectives :** The aim of this study was to evaluate whether 3 months of monotherapy with chloroquine influences the mRNA skin expression of interleukin (IL)-1beta, IL-6 and tumour necrosis factor-alpha (TNF-alpha) in nonirradiated and locally ultraviolet B (UVB) irradiated nondiseased skin of patients with

systemic lupus erythematosus (SLE).

**Patients/Methods :** Skin biopsies were collected from 14 patients with SLE 24 h after irradiation at one site and from an adjacent unirradiated site, before and after 3 months of chloroquine treatment. Messenger RNA levels for IL-1beta, IL-6 and TNF-alpha were determined by relative quantitative reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR).

**Results :** There were no significant differences in the levels of mRNA cytokine expressions in the unirradiated sites before and after 3 months of chloroquine administration. In the irradiated sites, the expression of all three cytokine mRNA levels was significantly higher than in the unirradiated group, approximately 24 h after irradiation, before chloroquine treatment. Significantly lower expression of IL-1beta, IL-6 and TNF-alpha mRNAs was noted in irradiated skin samples after 3 months of chloroquine treatment.

**Conclusions :** These results demonstrate the local inhibitory effects of chloroquine on UVB-induced upregulation in the mRNA expression of proinflammatory cytokines in irradiated skin of SLE patients, and provide further insight into the apparent immunomodulatory, anti-inflammatory and photoprotective properties of chloroquine.

## Effect of therapeutic integrin (CD11a) blockade with efalizumab on immune responses to model antigens in humans: results of a randomized, single blind study

KRUEGER JG, OCHS HD, PATEL P, GILKERSON E, GUTTMAN-YASSKY E, DUMMER W  
Rockefeller University, New York, USA.

Journal of Investigative Dermatology 2008, 128 (11) :2615-24

Efalizumab is a humanized monoclonal CD11a antibody approved for treatment of psoriasis. Its immunomodulatory effects led us study how immune responses are modified and the possible consequences for vaccinations in clinical practice. This was a randomized, single-blind, placebo-controlled, parallel-group study of 12 weeks of subcutaneous efalizumab treatment of patients with moderate psoriasis. Bacteriophage phiX174 was used as a model neoantigen to assess T-cell-dependent humoral immunity. Tetanus booster vaccine, pneumococcal vaccine, and intracutaneous skin tests were administered to further evaluate humoral and cellular immune responses. During efalizumab treatment, both primary and secondary antibody responses to

phiX174, including IgM/IgG isotype switch, were reduced. There appeared to be naïve T-cell anergy to a neoantigen (phiX174) during active CD11a blockade, without tolerance to the antigen after efalizumab withdrawal. Secondary humoral immune responses to tetanus booster during treatment were reduced, but antibody titer increases led to protective levels. Responses to pneumococcal vaccination 6 weeks after withdrawal from efalizumab were not affected. Cellular immune responses to intracutaneous recall antigens were reduced during treatment and returned to pretreatment conditions after withdrawal. These results expand our knowledge of how immune responses are modulated in humans by CD11a blockade and have implications for vaccinations of patients treated with this agent.

## Suppressed NFAT-dependent VEGFR1 expression and constitutive VEGFR2 signaling in infantile hemangioma.

JINNIN M, MEDICI D, PARK L, LIMAYE N, LIU Y, BOSCOLO E, BISCHOFF J, VIKKULA M, BOYE E, OLSEN BR.  
Harvard School of Dental Medicine, Boston, USA.

Nature Medicine 2008, 14 (11) :1236-46

Infantile hemangiomas are localized and rapidly growing regions of disorganized angiogenesis. We show that expression of vascular endothelial growth factor receptor-1 (VEGFR1) in hemangioma endothelial cells (hemECs) and hemangioma tissue is markedly reduced compared to controls. Low VEGFR1 expression in hemECs results in VEGF-dependent activation of VEGFR2 and downstream signaling pathways. In hemECs, transcription of the gene encoding VEGFR1 (FLT1) is dependent on nuclear factor of activated T cells (NFAT). Low VEGFR1 expression in hemECs is caused by reduced activity of a pathway involving beta1 integrin, the integrin-like receptor tumor endothelial marker-8 (TEM8), VEGFR2 and NFAT. In a subset of individuals with hemangioma, we found missense mutations in the genes encoding VEGFR2 (KDR) and TEM8 (ANTXR1). These mutations result in increased interactions among VEGFR2, TEM8 and beta1 integrin proteins and in inhibition of integrin activity. Normalization of the constitutive VEGFR2 signaling in hemECs with soluble VEGFR1 or antibodies that neutralize VEGF or stimulate beta1 integrin suggests that local administration of these or similar agents may be effective in hemangioma treatment.

# Remicade® – Jetzt auch kassenpflichtig bei Psoriasis vulgaris

## Überzeugende Wirksamkeit<sup>1</sup>

- 8 von 10 Patienten erreichen einen PASI 75 nach 10 Wochen<sup>1</sup>
- Sichtbarer Erfolg schon nach der ersten Infusion<sup>1</sup>
- Verbesserung der Lebensqualität<sup>1,2</sup>

## Bewiesenes Sicherheitsprofil

- 13 Jahre Erfahrung bei über 1 Million Patienten<sup>3</sup>

## Maximaler Therapieerfolg dank 100% Compliance

**Remicade® – für ein neues Leben bei Psoriasis vulgaris**



#### REFERENZEN

1. Reich K et al., Infliximab induction and maintenance therapy for moderate-to-severe psoriasis: a phase III, multicentre, double-blind trial, *Lancet*, 2005 Oct; 366: 1367-74.
2. Reich K et al., Improvement in quality of life with infliximab induction and maintenance therapy in patients with moderate-to-severe psoriasis: a randomized controlled trial, *Br J Dermatol*, 2006 Jun; 154(6): 1161-8.
3. <http://www.centocor.com/centocor/index.html>

#### KURZFACHINFORMATION

**Remicade® (Infliximab):** monoklonaler Antikörper, der an den menschlichen Tumornekrosefaktor-alpha (TNF $\alpha$ ) bindet. **Indikationen:** **Aktive Rheumatoide Arthritis:** zur Behandlung in Kombination mit Methotrexat bei Patienten, die ungenügend auf Methotrexat angesprochen haben und bei Patienten mit schwerer, aktiver und progressiver Erkrankung, die nicht mit Methotrexat oder anderen DMARD's vorbehandelt sind. **Morbus Bechterew** (ankylosierende Spondylitis): bei Patienten, die auf konventionelle Therapie nicht angesprochen haben. **Aktive Psoriatische Arthritis:** bei Patienten, deren Ansprechen auf andere krankheitsmodifizierende Arzneimittel unzureichend war. **Morbus Crohn:** bei erwachsenen Patienten mit schwerer Krankheitsaktivität mit und ohne Fistelbildung, die auf eine Behandlung mit Steroiden und/oder Immunsuppressiva nicht angesprochen haben. **Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen (6-17 Jahre):** bei Patienten mit aktivem, schwergradigem Verlauf von Morbus Crohn, deren Ansprechen auf eine volle und adäquate konventionelle Behandlung unzureichend war. **Colitis ulcerosa:** bei Patienten, die auf eine volle und adäquate konventionelle Therapie ungenügend angesprochen haben. **Psoriasis:** bei Patienten, für die sich eine Phototherapie oder etablierte systemische Behandlungen als unangemessen oder unzureichend erwiesen haben. **Dosierung/Anwendung:** **Rheumatoide Arthritis:** Dosis: 3 mg/kg i.v. in Woche 0, 2 und 6, danach alle 8 Wochen. **Remicade®** sollte in Kombination mit Methotrexat verabreicht werden. **Morbus Bechterew:** Dosis: 5 mg/kg i.v., in Woche 0, 2 und 6, danach alle 6 – 8 Wochen. **Psoriatische Arthritis/ Psoriasis/ Morbus Crohn/ Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen/ Colitis ulcerosa:** Dosis: 5 mg/kg i.v. in Woche 0, 2 und 6, danach alle 8 Wochen. **Kontraindikationen:** Remicade® ist kontraindiziert bei Patienten mit Sepsis oder mit klinisch manifesten Infektionen und/oder Abszessen sowie bei Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA III bis IV. **Vorsichtsmassnahmen:** Vor Beginn der Behandlung mit Remicade® sind Patienten im Hinblick auf aktive oder inaktive (latente) Tuberkulose zu untersuchen. Die Infusionsdauer muss mindestens 2 Stunden betragen (Ausnahme bei rheumatoider Arthritis). Ausserdem müssen die Patienten während 1-2 Stunden nach der Infusion überwacht werden. Falls akute infusionsbedingte Reaktionen auftreten, muss die Infusion umgehend unterbrochen werden. **Medikamente** (z.B. Antihistaminika, Kortikosteroide, Adrenalin und/oder Paracetamol), eine Beatmungsmaske, ein Tubus und anderes geeignetes Material zur Behandlung dieser Reaktionen müssen zur sofortigen Verwendung zur Verfügung stehen. **Unerwünschte Wirkungen:** Infusionsbedingte Reaktionen wie z.B. Dyspnoe, Urtikaria und Kopfschmerzen waren am häufigsten. Diese waren auch am häufigsten die Ursache für das Absetzen der Behandlung. Häufigste schwerwiegende unerwünschte Wirkung nach Markteinführung waren Infektionen. **Packungen:** Durchstechflasche mit 100 mg Infliximab für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.

[A] Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz inklusive Supplementa oder rufen Sie uns an: 041 368 49 49. 08-022



**NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomised, double-blind study**

BACKONJA M, WALLACE MS, BLONSKY ER, CUTLER BJ, MALAN P JR, RAUCK R, TOBIAS J, for the NGX-4010 C116 Study Group  
University of Wisconsin-Madison, Madison, USA.

Lancet Neurology 2008, 7 (12) : 1106-1112.

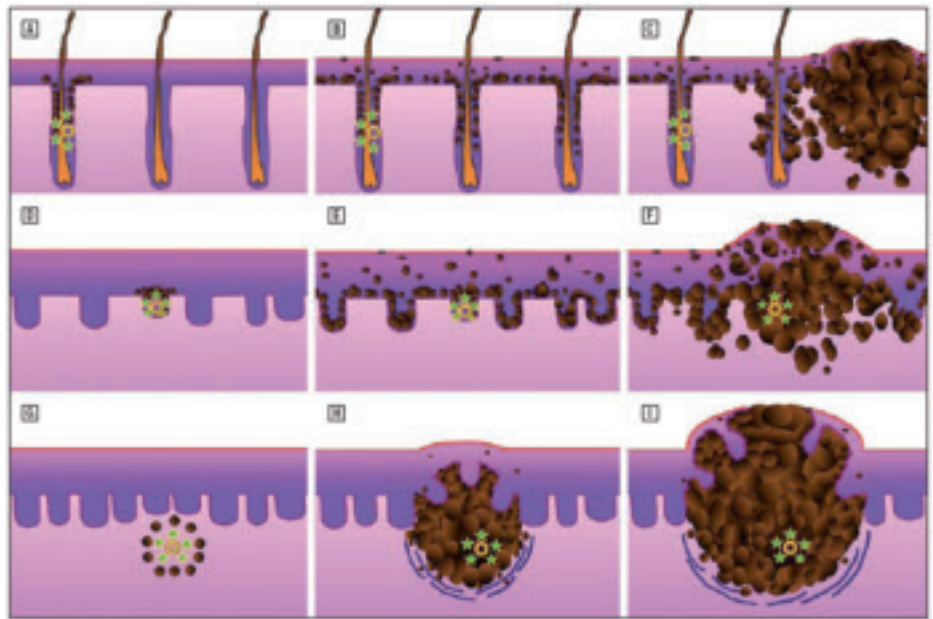
**Background :** The limitations of current treatments for postherpetic neuralgia (PHN) have led to the investigation of localised, non-systemic alternatives. NGX-4010, a high-concentration (8%) capsaicin dermal patch, was developed to treat patients with neuropathic pain. We report the results of a randomised, double blind, 12-week study of the efficacy and safety of one application of NGX-4010 in patients with PHN.

**Methods :** In this multicentre, double-blind, parallel-group trial, 402 patients were randomly assigned to one 60-min application of NGX-4010 (640 mug/cm(2) [8% capsaicin]) or a low-concentration capsaicin control patch (3.2 mug/cm(2) [0.04% capsaicin]). Patients were aged 18-90 years, had had postherpetic neuralgia for at least 6 months, and had an average baseline numeric pain rating scale (NPRS) score of 3 to 9. The primary efficacy endpoint was percentage change in NPRS score from baseline to weeks two to eight. Analysis was by intention to treat. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT00115310.

**Findings :** Patients who were randomly assigned to NGX-4010 (n=206) had a significantly greater reduction in pain during weeks two to eight than did patients who had the control patch (n=196). The mean changes in NPRS score were -29.6%vs -19.9% (difference -9.7%, 95% CI -15.47 to -3.95; p=0.001). 87 (42%) patients who received NGX-4010 and 63 (32%) controls had a 30% or greater reduction in mean NPRS score (odds ratio [OR] 1.56, 95% CI 1.03 to 2.37; p=0.03). The patients who had NGX-4010 had significant improvements in pain during weeks two to 12 (mean change in NPRS score -29.9%vs -20.4%, difference -9.5, -15.39 to -3.61; p=0.002). Transient blood pressure changes associated with changes in pain level were recorded on the day of treatment, and short-lasting erythema and pain at the site of application were common, self-limited, and generally mild to moderate in the NGX-4010 group and less frequent and severe in the controls.

**Interpretation :** One 60-min application of NGX-4010 provided rapid and sustained pain relief in patients with postherpetic neuralgia.

Three Roots of Melanoma. Archives of Dermatology, 2008, 144(10) : 1375-79 .



Schematic model shows the origine of lentigo maligna, nodular melanoma, and superficial spreading melanoma from melanoma stem cells of the hair follicle, the dermis, and the epidermal basal layer, respectively. Melanoma stem cells (yellow concentric ring) produce progenitor cells (green stars) that drive proliferation and progression of melanoma cells (brown circles). A-C Lentigo maligna deriving from stem cells of the outer sheet of the facial hair follicle. D-F Superficial spreading melanoma deriving from stem cells in the epidermal basal layer. G-I Nodular melanoma deriving from dermal stem cells.

No adverse events were associated with treatment except for local reactions at the site of application and those related to treatment-associated pain.

**Funding:** NeurogesX.

**Pimecrolimus enhances TLR2/6-induced expression of antimicrobial peptides in keratinocytes.**

BÜCHAU AS, SCHAUBER J, HULTSCH T, STUETZ A, GALLO RL  
University of California, San Diego and VA San Diego Healthcare System, San Diego, California, USA.

Journal of Investigative Dermatology 2008, 128 (11) : 2646-54

Calcineurin inhibitors are potent inhibitors of T-cell-receptor mediated activation of the adaptive immune system. The effects of this class of drug on the innate immune response system are not known. Keratinocytes are essential to innate immunity in skin and rely on toll-like receptors (TLRs) and antimicrobial peptides to appropriately recognize and respond to injury or microbes. In this study we examined the response of cultured human keratinocytes to pimecrolimus. We observed that pimecrolimus enhances distinct expression of cathelicidin, CD14, and human beta-defensin-2 and beta-

defensin-3 in response to TLR2/6 ligands. Some of these responses were further enhanced by 1,25 vitamin D3. Pimecrolimus also increased the functional capacity of keratinocytes to inhibit growth of *Staphylococcus aureus* and decreased TLR2/6-induced expression of IL-10 and IL-1beta. Furthermore, pimecrolimus inhibited nuclear translocation of NFAT and NF-kappaB in keratinocytes. These observations uncover a previously unreported function for pimecrolimus in cutaneous innate host defense.

**"If you're too busy to see your 'detail reps,' you are too busy"**

Shelley, Walter B. "Advanced Dermatologic Diagnosis"  
W.B. Saunders 1992

## Basal cell carcinomas : attack of the hedgehog.

Basal cell carcinomas (BCCs) were essentially a molecular 'black box' until some 12 years ago, when identification of a genetic flaw in a rare subset of patients who have a great propensity to develop BCCs pointed to aberrant Hedgehog signalling as the pivotal defect leading to formation of these tumours. This discovery has facilitated a remarkable increase in our understanding of BCC carcinogenesis and has highlighted the carcinogenic role of this developmental pathway when aberrantly activated in adulthood. Importantly, a phase 1 first-in-human trial of a Hedgehog inhibitor has shown real progress in halting and even reversing the growth of these tumours.

The first well-studied HHI is the plant alkaloid cyclopamine. Indeed, one intrepid group applied cyclopamine topically and reported regression of four sporadic BCCs. Cyclopamine is a competitive inhibitor of SMO signalling, binding directly to the protein, and inhibits the growth of malignant cells driven by HH activation. Infinity Pharmaceuticals in Cambridge, Massachusetts, USA is developing cyclopamine derivatives with better pharmacological and inhibitory properties as potential HHIs, and the company expects to launch a phase 1 trial of one of these in 2008.

The first HHI tested in phase 1 trials was a Curis-Genentech compound (Cutis 61414), which produced neither clinical changes in the tumours nor reductions of mRNA encoding the HH target gene *GLI1* when applied topically to sporadic human BCCs (see Cutis website 2006 press release in Further Information). However, GDC-0449, a second Cutis-Genentech HHI molecule, seemed to have minimal toxicity and to cause clinically significant benefit in eight out of nine patients with metastatic or locally advanced BCCs when administered orally in a phase 1 trial. Genentech expects shortly to initiate phase 2 trials of this molecule in patients with advanced BCCs and in patients with advanced colorectal and ovarian cancers. (Van Hoff DD et al. Efficacy data of GDC-0449, a systemic Hedgehog (Hh) pathway antagonist, in a first in human, first-in-class, phase I study with locally advanced, multifocal for metastatic BCC patients. Proceedings 99th Annual Meeting of American Association of Cancer Research, abstract LB-138 (2008).

(see also Figure)

Nature Review Cancer 2008, 8 (10) : 743-54

## Human papillomavirus type spectrum in normal skin of individuals with or without a history of frequent sun exposure.

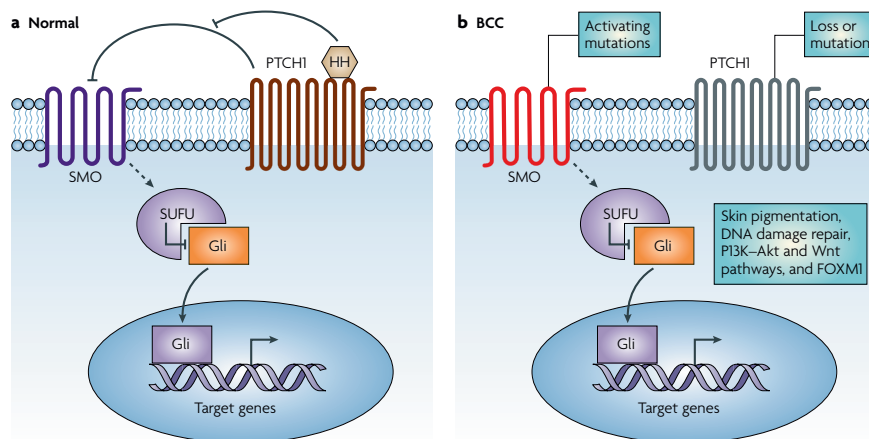
Cutaneous human papillomavirus (HPV) has been widely detected in healthy skin. Previous studies have found that UV radiation can activate several HPV types, and a possible role for cutaneous HPV in the development of non-melanoma skin cancer has been suggested. This study investigated the prevalence and type-spectrum of cutaneous HPV in relation to UV radiation by studying forehead skin swab samples from 50 healthy males frequently exposed to the sun and 50 healthy males who were not frequently exposed to the sun. A questionnaire including ethnic background of the participants, history of cancers and a self-assessment of sun-exposure was also conducted and analysed. PCR with the FAP primer pair was carried out to detect HPV DNA in samples. HPV prevalence was higher in individuals who spent more time outdoors and in individuals with a history of skin cancers ( $P=0.044$  and  $P=0.04$ , respectively). Furthermore, individuals wearing sunglasses as a means of sun protection had a lower prevalence of HPV ( $P=0.018$ ). Interestingly, HPV-76 was only detected in the group without frequent sun-exposure ( $P=0.001$ ). These results suggest that increased UV radiation exposure may be a factor leading to a difference in prevalence of cutaneous HPV types.

Journal of General Virology 2008, 89 : 2891-7

## Melanoma, nevogenesis, and stem cell biology.

It is now well established that a subpopulation of tumor stem cells (TSCs) are present within cancer tissues. This suggests that tumors evolve from stem cells; however, the exact cell of tumor origin, the potential role of dedifferentiation, and the role of plasticity in tumor development are largely unknown. A model cancer for the study of the oncologic process is melanoma. The developmental biology of melanocytes is relatively well understood, the cells pigment as they differentiate making them easy to identify, and benign and malignant tumors develop on the skin surface allowing direct observation of growth features, early detection, and removal. This ready access to early-stage tumors will facilitate study of the early oncologic processes and the role of tissue stem cells. Melanomas, like other cancers, include a subpopulation of TSCs. These TSCs have access to embryologic developmental programs, including the capacity to differentiate along multiple cell lineages. For example, melanomas can activate germ-cell pathways with major implications for TSC self-renewal through the activation of telomerase and genomic instability through the collision of meiotic and mitotic pathways (meiomitosis). The TSC model is still evolving, but the existence of TSCs has significant ramifications for tumor development, diagnosis, prognosis, and treatment of melanoma and other cancers.

Journal of Investigative Dermatology 2008, 128 (10) : 2365-80.



A basic schematic of the Hedgehog (HH) signalling pathway. a | The family of extracellular HH ligands, of which there are three in mammals (sonic hedgehog (SHH), Indian hedgehog (IHH) and desert hedgehog (DHH)) bind to the patched 1 (PTCH1) receptor. This relieves the inhibition of smoothened (SMO) by PTCH1, and SMO sends signals through a series of interacting proteins, including suppressor of fused (SUFU), resulting in activation of the downstream Gli family of transcription factors: GLI1, GLI2 and GLI3. b | Loss of PTCH1 in patients with basal cell nevus syndrome predisposes them to basal cell carcinoma (BCC) development. Sporadic BCCs routinely carry mutations in PTCH1 and TP53, consistent with their having been produced by ultraviolet radiation and, in 10% of instances, in SMO. Other mutations have been implicated in BCC development, including genes that regulate skin colour, DNA damage repair genes, members of the phosphoinositide 3-kinase (PI3K)-Akt and the Wnt pathways and FOXM1.



## Polymorphic light eruption and skin cancer prevalence: is one protective against the other?

**Background :** Ultraviolet (UV) radiation (UVR) interacts with chromophores in cutaneous cells with consequent antigenicity. The normal response to this is a downregulation of immune responsiveness. Failure of the immune system to downregulate and to ignore transient photoantigens in human skin results in polymorphic light eruption (PLE), the commonest of the photodermatoses. UVR initiates and promotes skin cancer (SC): UV-induced immunosuppression permits the expansion of UV-mutated clones of cells which ultimately lead to SC.

**Objectives :** Because there is increased immune surveillance and resistance to immune suppression following UVR exposure in PLE one might expect a protective effect of PLE against SC and, conversely, a reduced risk of PLE among patients with SC.

**Methods :** We therefore constructed a prospective case-control study to see if this were the case. Two groups were studied: a group comprising 214 patients with SC and 210 gender- and aged-matched controls, and a group comprising 100 patients with PLE and 155 gender- and aged-matched controls. Each participant answered a questionnaire aimed at establishing personal and family history of SC and photodermatoses. Skin type and exposure to UVR were also documented.

**Results :** The prevalence of PLE in people with SC was 7.5%, compared with 21.4% for controls ( $P < 0.001$ ). The prevalence of SC in patients with PLE was 4% compared with 7.1% for controls. **Conclusions :** Our results show (i) strong evidence of reduced PLE in patients with SC, and (ii) a trend for reduced SC in patients with PLE. The immunological basis of PLE may therefore confer protection against SC.

**British Journal of Dermatology 2008, (Epub ahead of print)**

## Prospective study of skin surgery in smokers vs. nonsmokers.

**Background :** Smoking may increase complications following minor surgery leading many clinicians to urge patients to refrain from smoking before and after surgery.

**Objective :** To study the association between smoking and complications following skin surgery.

**Methods :** In a 5-year prospective observational study 7224 lesions were excised on 4197 patients. Patients were not instructed regarding smoking. All complications were

recorded.

**Results :** A total of 439 smokers (10.5%) underwent 646 procedures (9%), 3758 nonsmokers (89.5%) underwent 6578 procedures (91%). Smokers were younger ( $55 \pm 16$  years) than nonsmokers ( $66 \pm 17$  years) ( $P < 0.001$ ). Infection incidence was not significantly different, 1.9% (12/646) in smokers compared with 2.2% (146/6578) in nonsmokers ( $P = 0.55$ ). There were two bleeds with smokers (0.3%) vs. 50 in nonsmokers (0.8%) ( $P = 0.2$ ). The incidence of wound dehiscence in nonsmokers (three) was not different from nonsmokers (21) ( $P = 0.54$ ). However, the incidence of scar contour distortion in smokers (three) was greater than in nonsmokers (two) (odds ratio 15.3; 95% confidence interval 2.5-92). Total complication incidence was similar, 3.6% in smokers vs. 4.0% in nonsmokers ( $P = 0.58$ ). Out of 2371 flaps there were 14 (0.6%) cases of end-flap necrosis but smokers were not at increased risk. The case-control analysis compared each smoker with two nonsmokers matched for age, sex, postal code and outdoor occupational exposure. This again demonstrated no difference in infection, scar complication, bleed, dehiscence, end-flap necrosis or total complication incidence. **Conclusions :** Smokers and nonsmokers suffer skin surgery complications similarly. The increased risk of contour distortion identified was difficult to interpret. Advice to cease smoking in the short term to improve outcomes with skin cancer surgery is not supported by these data.

**British Journal of Dermatology 2008, (Epub ahead of print)**

## A phase II dose-ranging study of topical resiquimod to treat actinic keratosis.

**Background :** Resiquimod, a toll-like receptor 7 and 8 agonist, may be effective as a topical treatment of actinic keratosis (AK).

**Objectives :** To evaluate the effect of resiquimod gel concentration on lesion clearance.

**Methods :** Patients with AK lesions on the face or balding scalp were randomly assigned to resiquimod 0.01%, 0.03%, 0.06% or 0.1% gel applied once daily three times a week for 4 weeks to a contiguous 25-cm<sup>2</sup> area with four to eight lesions. Patients with persistent lesions received a second course after an 8-week treatment-free interval. Complete and partial lesion clearance was assessed 8 weeks after treatment for each course.

**Results :** For the 132 patients randomized, overall complete clearance rates were 77.1% (27/35), 90.3% (28/31), 78.1% (25/32) and 85.3% (29/34) and complete clearance rates after course 1 only were 40.0%, 74.2%,

56.3% and 70.6%, respectively, for the resiquimod 0.01%, 0.03%, 0.06% and 0.1% groups. During course 1, respectively 0%, 13%, 31% and 38% of patients discontinued treatment for adverse events or local skin reactions, for the resiquimod 0.01%, 0.03%, 0.06% and 0.1% groups. Possibly or probably related nonapplication site adverse events of severe intensity, including influenza-like symptoms, were reported by 0%, 3%, 13% and 12% of patients, respectively, for the resiquimod 0.01%, 0.03%, 0.06% and 0.1% groups.

**Conclusions :** Efficacy in clearing AK lesions was similar between the resiquimod concentrations evaluated, but resiquimod 0.01% and 0.03% were better tolerated than the higher concentrations.

**British Journal of Dermatology 2008, 159 (1) : 205-10**

## Ultraviolet wavebands and melanoma initiation.

In view of claims that ultraviolet radiation-emitting sunbeds are safe, or safe when they emit only longer wavelengths, research findings are reviewed here on the effects of ultraviolet wavebands A and B (UVA, 315-400 nm and UVB, 290-315 nm) on mutagenesis and carcinogenesis in skin, with particular reference to melanocytes and melanoma. Both UVA and UVB radiation have been shown to induce mutations, as well as mutagenic photo-products such as cyclobutane pyrimidine dimers, in human skin. UVB can induce melanoma in susceptible mice and in xenografted human skin engineered to express melanocyte growth factors. There is evidence for photosensitization of melanocytes by melanin, especially pheomelanin. UVA can induce melanoma in pigmented fish, and melanocytic hyperplasia in pigmented opossums, but has not generally been tested for melanoma induction in pigmented mammals or in human skin. There is no experimental basis for a claim that UVA is safe, and recreational exposure to this known mutagen should be discouraged.

**Pigment Cell and Melanoma Research 2008, 21 (5) : 520-4.**

Plus qu'un simple soulagement des symptômes  
***Prise en charge globale  
en cas de Psoriasis\****



- Le seul **récepteur humain du  $TNF\alpha^1$**
- **Efficacité puissante et longue durée<sup>2</sup>**
- **Numéro 1 mondial – le biologique le plus prescrit au monde<sup>3</sup>**  
contre les rhumatismes d'origine inflammatoire et le psoriasis\*



**Because ordinary is not enough.**

**Références:**

1 Enbrel® Information médicale ([www.kompendium.ch](http://www.kompendium.ch)) 2 Stephen Tying et al. Long-term safety and efficacy of 50 mg of Etanercept twice weekly in patients with psoriasis. Arch Dermatol. 2007; 143: 719-726. 3 IMS 2007

**Information médicale abrégée:** Enbrel® (Etanerceptum)

**Indications:** \*Polyarthrite rhumatoïde active (PR), arthrite psoriasique (APS), et arthrite chronique juvénile (ACJ) lorsqu'un traitement standard antérieur par antirhumatismaux de fond (DMARD) a été insuffisant, PR sévère, active et évolutive de l'adulte non précédemment traité par méthotrexate, spondylarthrite ankylosante (SA) en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel, **ainsi que traitement des adultes atteint du psoriasis (PSO) de sévérité moyenne à grave.** **Posologie:** Adultes: 25 mg 2x par semaine par injection sous-cutanée. Alternative pour PR, SA ou APS: 50 mg 1x par semaine. Enfants et adolescents (4-17 ans): 0.4 mg/kg poids (max. 25 mg par injection) 2x par semaine par injection sous-cutanée. Alternative pour PSO: 2x 50 mg pendant les 12 premières semaines. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Septicémie ou risque de septicémie. Un traitement par Enbrel® ne devrait pas être initié chez les patients ayant des infections évolutives. **Précautions:** Infections, insuffisance cardiaque congestive, réactions allergiques, troubles de l'hématopoïèse, anomalies du SNC, de même qu'un risque plus élevé de lymphomes et d'affections malignes. **Grossesse/Allaitement:** L'utilisation d'Enbrel® chez la femme enceinte et pendant l'allaitement n'est pas recommandée. **Effets indésirables:** Infections (y compris infections des voies respiratoires & infections graves), tumeurs malignes, autoanticorps. Depuis la mise sur le marché quelques cas de démyélinisation et dyscrasie sanguine ont été rapportés. Réactions au site d'injection. **Interactions:** Le méthotrexate n'a pas d'effet sur la pharmacocinétique de l'etanercept. **Présentation:** 4 seringues pré-remplies à 25 mg\* ou flac-amp. à 25 mg\* et 2 seringues pré-remplies à 50 mg\*. Enbrel® doit être conservé entre 2-8 °C. Catégorie de vente B. \*Admis par les caisses-maladie. Pour des informations détaillées, se reporter au Compendium Suisse des Médicaments\* ou sur [www.documed.ch](http://www.documed.ch).

**Wyeth**

Wyeth Pharmaceuticals AG  
Grafenauweg 10, 6301 Zug

## Wünsche zum Jahresausklang Vœux pour les fêtes de fin d'année

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das Jahr 2008 geht dem Ende zu und damit habe ich bereits mehr als die Hälfte meiner Präsidialzeit hinter mich gebracht. Was alles passiert ist in dieser Zeit, darüber habe ich in meinem Jahresbericht informiert. Im Anschluss an die Jahresversammlung dieses Spätsommers in Lausanne kam eine geruhsamere Zeit, die es erlaubte, wieder etwas Oberhand zu bekommen über die laufenden Geschäfte. Nun aber treten in rascher Kadenz wieder Neue auf den Plan. Es ist, als ob alle "medizinischen Institutionen" wie FMH, FMCH, KWFB, BAG, Santésuisse, Pharmasuisse etc. in diesen Herbstwochen einfach nur kurz und synchron tief eingeatmet hätten um nun wieder, allerdings bereits mit etwas verbrauchten halbneuen Ideen schadhaft belastet, auszuatmen. Und wie wir alle wissen, die ausgeatmete Luft hat es so in sich. Es kann nach feinem Kaffee riechen, nach einem Läkerol, nach Nichts und dann wieder nach ganz vielen anderen Geruchsnancen, auf die ich nicht weiter eingehen möchte! Sehr gerne habe ich das geräuschlose Ausatmen, selbstverständlich habe ich nichts gegen gesprochenes, gehustetes oder gepfiffenes Ausatmen. Ganz besonderen Reiz hat für mich aber das den Nüstern entweichende, nach fein angefeuchtetem Heu riechende Ausatmen.

Aber, und das gebe ich gerne zu, am meisten schätze ich erleichterndes, entspannendes und – ach wie erholsam! – gedankenleeres Ausatmen. Und Momente solchen Ausatmens wünsche ich Euch für die kommenden Festtage.

Mit herzlichen Grüßen

**Dr. Tom Hofer, Präsident SGDV**



Chères et chers collègues,

L'année 2008 arrive à son terme et j'ai ainsi absous plus de la moitié de mon mandat de président déjà. J'ai eu l'occasion, dans mon rapport annuel, d'informer sur tout ce qui s'est passé pendant cette période. A la suite de l'assemblée annuelle qui s'est tenue à Lausanne à l'arrière-automne, une période plus calme s'est installée qui a permis de reprendre un peu la main sur les affaires courantes. Mais voici déjà qu'entrent en jeu, à forte cadence, de nouvelles occupations. C'est comme si toutes les "institutions médicales" telles que la FMH, la FMCH, la CFPC, l'OFSP, santésuisse, Pharmasuisse, etc., s'étaient simplement donné le mot ces dernières semaines, rapidement et de manière synchrone, pour prendre une profonde respiration et d'expirer cet air, à vrai dire nuisiblement chargé d'idées semi-inédites, donc quelque peu vicié.

Car comme nous le savons tous, l'air exhalé comporte ce genre d'ingrédients par nature. Cela peut avoir des effluves de café subtil, de Läkerol, de rien du tout et, par ailleurs, d'innombrables autres nuances de relents sur lesquelles je n'aimerais pas m'étendre! J'apprécie beaucoup le souffle expiré silencieusement mais, cela va de soi, je n'ai rien contre celui qui est rejeté en parlant, en toussant ou en sifflant. Toutefois, je porte une inclination toute spéciale à humer l'air qui fleure bon le foin légèrement humide.

Cependant, et je vous le concède volontiers, ce que j'aime le plus, c'est de pousser un soupir de soulagement, en toute détente – ah que c'est revigorant! – sans pensée aucune. Et des moments de respiration pareille, je vous les souhaite pour les jours de fêtes qui s'annoncent.

Je vous adresse à toutes et à tous mes cordiales salutations,

**Dr Tom Hofer, Président de la SSDV**

## Beiträge der Stiftung Spirig Pharma AG Bourse de la Fondation Spirig Pharma SA

Die Stiftung Spirig Pharma AG bezweckt die Unterstützung junger, an Dermatologie interessierter Ärzte und Naturwissenschaftler mit Hochschulabschluss, die an einer Dermatologischen Universitätsklinik der Schweiz oder an der Städtischen Poliklinik Zürich tätig sind, mit Beiträgen an Weiterbildungskosten oder für Besuche von Fachkongressen.

Beitragsgesuche für das Jahr 2008 sind bis 31. Dezember 2008 an den Stiftungsrat der Stiftung Spirig Pharma AG, Postfach 111, 4622 Egerkingen, zu Händen des Vorstandes der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie einzureichen.

La fondation Spirig Pharma SA vise à soutenir des jeunes médecins intéressés par la Dermatologie ou la science naturelle travaillant dans une clinique universitaire suisse ou à la Städtische Poliklinik Zürich. La bourse est prévue pour la formation postgraduée ou la participation à un congrès des spécialistes.

Les demandes pour l'année 2008 doivent être adressées au plus tard jusqu'au 31 décembre 2008 à: Stiftungsrat der Stiftung Spirig Pharma AG, Postfach 111, 4622 Egerkingen à l'attention du Comité de la Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie.



# Traiter les champs de cancérisation: la nouvelle perspective thérapeutique dans la kératose actinique

admis par les caisses

**MEDA**



5% Creme  
**Aldara**<sup>TM</sup>  
Imiquimod

**Aldara® 5% Crème** (Imiquimod): immunomodulateur. **Indications:** traitement topique de l'adulte. 1. Condylomes acuminés externes dans la zone génitale et périanale. 2. Carcinomes basocellulaires superficiels multiples (confirmés par biopsie; diamètre tumoral maximal 2 cm) au niveau du tronc (à l'exclusion de la région anale et génitale), au niveau du cou ou aux extrémités (à l'exclusion des mains et des pieds), lorsqu'une excision chirurgicale n'est pas indiquée et que le suivi est garanti. 3. Kératoses actiniques, non hyperkératosiques, non hypertrophiques, cliniquement typiques, localisées sur le visage et la tête. **Posologie:** appliquer respectivement avant le coucher. *Condylomes acuminés externes:* appliquer une couche mince 3 x/semaine (au maximum 16 semaines); la crème doit rester 6-10 h au contact de la peau. *Carcinome basocellulaire superficiel:* pendant 6 semaines, 5 x/semaine; la crème doit rester 8 h au contact de la peau. *Kératose actinique:* pendant 16 semaines 3 x/semaine; la crème doit rester 8 h au contact de la peau. **Contre-indications:** hypersensibilité au principe actif ou à un excipient. Traitement des enfants et adolescents. **Précautions:** Ulcères ouverts, plaies ouvertes, interventions chirurgicales: uniquement après cicatrisation complète. Pas de pansement occlusif, contact des yeux avec la crème et effet du soleil sur la peau traitée. Possible aggravation des manifestations cutanées inflammatoires. Prudence en cas de traitement du prépuce chez l'homme non circoncis. Déconseillé en cas de condylomes acuminés internes de la région génitale. Pendant grossesse et allaitement: uniquement en cas de nécessité absolue. Recommandations concernant les rapports sexuels et la contraception en cas de condylomes acuminés, et autres mises en garde et précautions d'emploi selon les indications: voir le Compendium. **Effets indésirables:** Très fréquent: réactions au site d'application (jusqu'à 40%). Fréquent: prurit, douleurs, brûlures au site d'application. Infections, céphalées, fatigue, myalgies. (Et ≤ 1%: voir le Compendium). **Interactions:** Non étudiées. Interactions improbables avec les principes actifs administrés de façon systémique. **Présentation:** EO de 12 sachets à usage unique. **(A). Admis par les caisses maladie.** Informations détaillées: notice d'emballage, Compendium suisse des médicaments ou MEDA Pharma GmbH, 8602 Wangen-Brüttisellen. Mise à jour de l'information: février 2006.

## Vielen Dank für Ihr Engagement am nationalen Hautkrebstag, 5. Mai 2008! Hier ein kurzer Bericht!

### Einleitung

Die Krebsliga Schweiz, die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führten am 5. Mai 2008 einen nationalen Hautkrebstag durch, nachdem bereits vom 15. bis 19. Mai 2006 eine nationale Hautkrebtswoche und am 7. Mai 2007 ein nationaler Hautkrebstag durchgeführt wurden. Im Zentrum standen die Früherkennung von Melanomen und anderen Hautkrebtsformen sowie die Sensibilisierung der Bevölkerung für einen konsequenten Sonnenschutz. Im Vorfeld des nationalen Hautkrebstags konnte vom 7. April bis 5. Mai 2008 in rund 500 pharmaSuisse-Apotheken ein Hautkrebsrisiko-Fragebogen ausgefüllt werden zur Verbesserung der Selektion von Risikopersonen. Am Hautkrebstag boten im ganzen Land Dermatologinnen und Dermatologen die kostenlose Erstuntersuchung von auffälligen Pigmentmalen an. Die Patientinnen und Patienten füllten vor der Konsultation den Fragebogen Euromelanoma Schweiz aus. Die Dermatologinnen und Dermatologen ergänzten im Fragebogen die Patientenangaben u.a. mit den Ergebnissen der klinischen Untersuchung (Hautbefunde, verdächtige Läsionen usw.). 144 Dermatologinnen und Dermatologen beteiligten sich und untersuchten rund 7000 Patienten. An die Krebsliga Schweiz wurden 5450 ausgefüllte Fragebogen zurückgeschickt, die aus allen Kantonen der Schweiz eingingen. 64 Fragebogen mit fehlenden Angaben zum Geschlecht des Patienten wurden nach der Erfassung ausgeschieden, folglich wurden 5386 Fragebogen ausgewertet. (s. Abbildung 1).

Die Fragebogen wurden vom LINK Institut für Markt- und Sozialforschung in Luzern erfasst und ausgewertet.

Wie schon in früheren Jahren wurden mehr Frauen als Männer untersucht (44% Männer vs. 56% Frauen). Das Durchschnittsalter der Männer und Frauen war etwa gleich.

Wie schon in den früheren Jahren wurden die teilnehmenden Patienten aufgefordert, ihren Hauttyp selber einzuschätzen. Ihre Einschätzung wurde dann durch einen Facharzt für Dermatologie kontrolliert. Von 4915 Patienten lagen sowohl ihre Selbsteinschätzung als auch die Einschätzung des Dermatologen vor. Bei immerhin 64% aller Patienten stimmte die Einschätzung des Patienten mit der des Dermatologen überein. Nur 10% der Patienten schätzten ihren Hauttyp heller ein, als der Dermatologe, während 26% sich einem zu dunkleren Hauttyp zuordneten. Wie schon in früheren Jahren waren es vor allem die Männer, die ihren Hauttyp zu dunkel einschätzten, jedoch ist der Unterschied im Vergleich zum Vorjahr etwas weniger gross.

### Starke Sonnenbrände vor dem 16. Lebensjahr

Gut die Hälfte der befragten Patienten berichten über starke Sonnenbrände vor dem 16. Lebensjahr (28% erwähnen ein bis zwei solche Sonnenbrände, weitere 25% mehr als zwei Sonnenbrände). 27% verneinen

starke Sonnenbrände während ihrer Kindheit / Jugend, 19% können sich nicht mehr erinnern und 1% machte keine Angaben.

Tessiner Patienten waren in ihrer Kindheit/Jugend weniger von starken Sonnenbränden betroffen als Patienten in der Deutsch- und Westschweiz.

Die heute 30- bis 49-jährigen Patienten berichten am häufigsten über Sonnenbrände vor dem 16. Lebensjahr, die über 64-jährigen Patienten am seltensten. (Von den untersuchten Jugendlichen unter 16 Jahren berichten nur sehr wenige über starke Sonnenbrände;

da diese Gruppe aber wegen der kleinen Befragtenzahl nicht mehr zusätzlich nach Alter aufgeschlüsselt werden kann, ist dieses Ergebnis von eingeschränkter Aussagekraft.)

Patienten der Hauttypen 1 und 2 (Hauttypeinschätzung des Dermatologen) waren während ihrer Kindheit / Jugend überdurchschnittlich häufig von starken Sonnenbränden betroffen. Je dunkler der Hauttyp, desto kleiner ist der Anteil der davon betroffenen Personen.

### Berufstätigkeit im Freien

20% der untersuchten Personen (ab 16 Jahren) berichten über eine aktuelle oder frühere Berufstätigkeit im Freien. 78% der untersuchten Personen waren nie im Freien berufstätig und 2% machten diesbezüglich keine Angaben.

Dauer der Berufstätigkeit im Freien: 3,5% mehr als 20 Jahre, 2,8% 11-20 Jahre, 3,7% 5-10 Jahre und 3,5% weniger als 5 Jahre, 6,9% machten keine Angaben zur Dauer. Wie erwartet, steigt mit zunehmendem Alter die Dauer der Berufstätigkeit im Freien. Der Anteil der im Freien Berufstätigen liegt bei dunkleren Hauttypen höher als bei helleren Hauttypen. Männer sind eher im Freien berufstätig als Frauen.

### Ferien mit intensiver Sonnenbestrahlung

Von den befragten Patienten (ab 16 Jahren) verbringen pro Jahr 33% mehr als zwei Ferienwochen und 53% höchstens zwei Ferienwochen mit intensiver Sonnenbestrahlung.

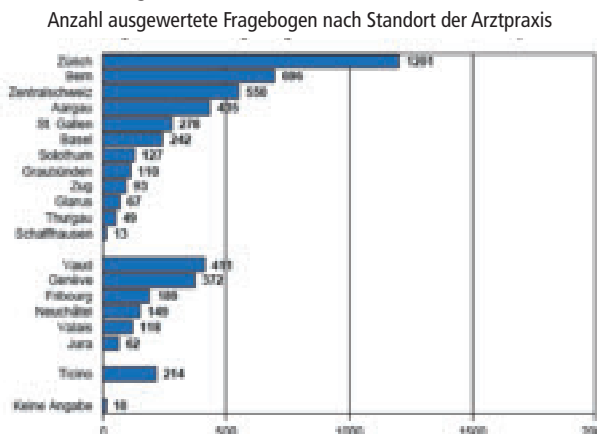


Abb. 1 Patientenstruktur nach Standort (Kanton/Region) der Arztpraxis

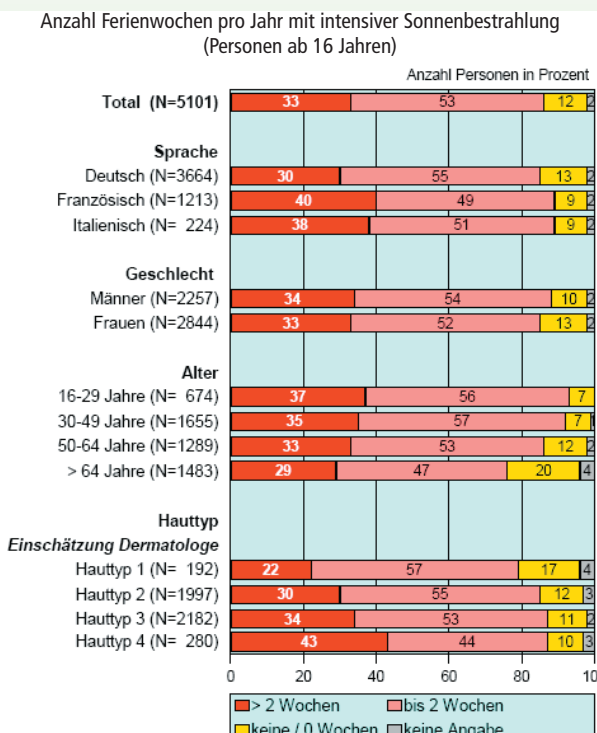


Abb. 2 Anzahl Ferienwochen mit intensiver Sonnenbestrahlung pro Jahr; differenziert nach Sprache, Geschlecht, Alter und Hauttyp





# GARDASIL®

Humaner Papillomavirus-Impfstoff  
[Typen 6, 11, 16, 18]  
(Rekombinant, adsorbiert)

Prix Galien 2008



Der **quadrivalente**  
**Impfstoff** gegen  
**Zervixkarzinome** zur  
Prävention eines breiten  
Spektrums **an Erkrankungen\*** und  
für **einen früh spürbaren Nutzen**

\* Zervixkarzinome, zervikale intraepitheliale Neoplasien höheren Grades, vulväre intraepitheliale Neoplasien höheren Grades und Genitalwarzen, die durch humane Papillomaviren der Typen 6, 11, 16, 18 verursacht werden.

#### Gardasil®

**Z:** Eine Impfdosis (0.5 ml) Impfstoffsuspension enthält ca. 20 µg HPV-Typ 6 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 11 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 16 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 18 L1-Protein. **I:** Prävention von hochgradigen Dysplasien der Zervix (CIN 2/3), Zervixkarzinomen, hochgradigen dysplastischen Läsionen der Vulva (VIN 2/3) sowie von äusseren Genitalwarzen (Condylomata acuminata), die durch die Typen 6, 11, 16 und 18 des humanen Papillomavirus (HPV) verursacht werden. **D:** Grundimmunisierung: 3 Einzeldosen zu je 0.5 ml, die gemäss Impfschema 0, 2, 6 Monate verabreicht werden. Der Impfstoff ist intramuskulär anzuwenden. Die Anwendung von Gardasil bei Kindern unter 9 Jahren wird nicht empfohlen. **KI:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder gegen einen der sonstigen Bestandteile. **VM:** Wie bei allen injizierbaren Impfstoffen sollten für den Fall seltener anaphylaktischer Reaktionen nach Gabe des Impfstoffs geeignete Behandlungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen. **UW:** Fieber, Erythem, Schmerzen, Schwellung. **P:** Fertigspritze (1 Impfdosis) mit Nadelschutzvorrichtung und zwei separat eingeblisterten Nadeln. Packungen mit 1 und 10 Fertigspritzen. (Liste B) Stand der Information: 11/2006. Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmatt, 6340 Baar



sanofi pasteur MSD  
impfstoffe fürs leben

12% geben an, auf Ferien mit intensiver Sonnenbestrahlung gänzlich zu verzichten. 2% (v.a. ältere Leute) haben die Frage nicht beantwortet.

Abbildung 2 zeigt, dass sich Personen unter 50 Jahren in den Ferien eher intensiver Sonnenbestrahlung aussetzen als ältere Leute. Die Feriendauer mit starker Sonnenexposition ist vom Hauttyp abhängig: Je dunkler der Hauttyp, desto eher werden pro Jahr mehr als zwei Ferienwochen mit intensiver Sonnenbestrahlung geplant.

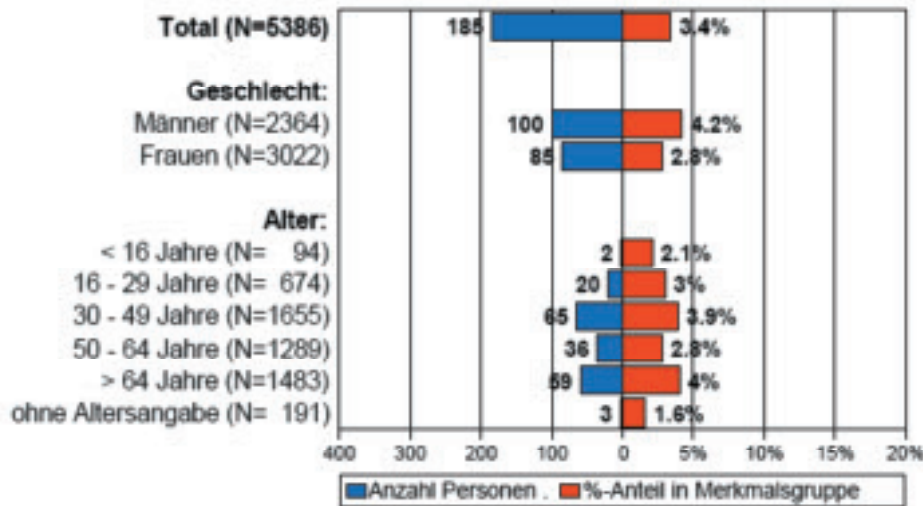


Abb. 3 Melanom

## Solarienbesuche

Von den befragten Patienten ab 16 Jahren berichten 7%, dass sie aktuell Solarien besuchen (1% mehr als 20 Mal pro Jahr, 6% bis zu 20 Mal pro Jahr). Dazu kommen 18%, die berichten, dass sie früher Solarien besucht hatten.

Im Tessin liegt der Anteil der aktuellen und früheren Solarienbesucher (insgesamt 39%) deutlich höher als in der Deutschschweiz (24%) und in der Westschweiz (23%).

Am häufigsten haben Frauen zwischen 30 und 49 Jahren Solarienerfahrung (9% aktuelle und 33% frühere Solarienbesucherinnen).

## Anzahl Pigmentmale am Körper

Für den Hautkrebstag 2008 liegen bei 85% der Patienten Selbstangaben vor. Bei 55% finden sich auch Einschätzungen der untersuchenden Dermatologen.

27% der befragten Patienten berichten über weniger als 10 Pigmentmale, 37% über 10-50 Pigmentmale und 21% über mehr als 50 Pigmentmale. 15% der Patienten machten diesbezüglich keine Angaben.

16- bis 49-jährige Patienten (vor allem die Frauen dieser Altersgruppe) berichten über mehr Pigmentmale als ältere Patienten. Patienten der Hauttypen 1 und 2 (Hauttypeinschätzung des Dermatologen) haben mehr Pigmentmale als Patienten dunklerer Hauttypen.

Für 2555 Personen liegt eine Selbsteinschätzung der Zahl der Pigmentmale vor und eine Einschätzung des Dermatologen. Bei 26% zählte der Dermatologe weniger Pigmentmale, bei 22% mehr. Diese Diskrepanz ist in vielen Fällen wahrscheinlich darauf zurück zu führen, dass die Allgemeinbevölkerung nicht in der Lage ist, zwischen einem

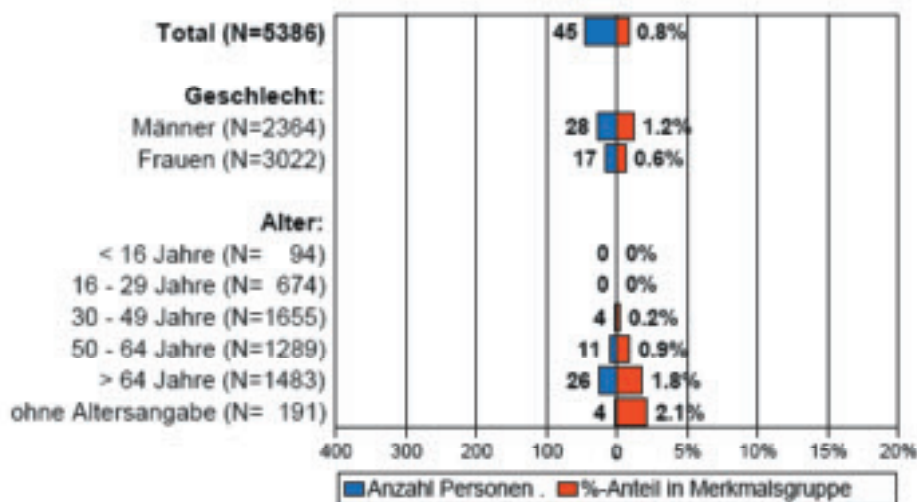


Abb. 4 Spinaliom

Pigmentmal (Nä-vuszellnävus) und einer anderen pigmentierten Läsion, wie z.B. einer seborrhoischen Keratose oder Epheliden zu unterscheiden.

## Klinisch verdächtige Hautläsionen

Während des Hautkrebstags 2008 wurde bei jeder fünften untersuchten Person (bei 23% der Männer und 18% der Frauen) mindestens eine verdächtige Läsion festgestellt: 185

Personen mit Melanom-Verdacht, 45 Personen mit Spinaliom-Verdacht und 239 Personen mit Basaliom-Verdacht sowie 719 Personen mit aktinischen Keratosen (häufigste Krebsvorstufe).

Am häufigsten waren hautkrebsverdächtige Befunde bei Patienten über 64 Jahren ausser beim Melanom. Melanomverdächtige Befunde wurden bereits ab dem 20. Lebensjahr erhoben.

Wie erwartet, fanden sich Spinaliom- oder Basaliomverdächtige Befunde überwiegend im Kopfbereich, während Melanome häufiger in den Bereichen Rücken, Gesäss, Brust und Bauch zu lokalisieren waren.

## Zusammenfassung

Durch dem unermüdlichen und unentgeltlichen Einsatz vieler Schweizer Dermatologinnen und Dermatologen konnte der von der Krebsliga Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit ins Leben gerufene nationale Hautkrebstag erneut zum Gesundheitsbewusstsein der Schweizer Bevölkerung beitragen. Diese Aktionen führen dazu, dass sich viele Menschen bewusst mit ihrer Haut auseinandersetzen und sich selbst untersuchen. Es darf angenommen werden, dass diese Selbstuntersuchung auch später wiederholt wird. Interessant ist auch, dass der Anteil an Patienten mit einer verdächtigen Hautläsion von 2006 bis 2008 (15,4% 2006, 17,8% 2007 und 20,3% 2008) kontinuierlich angestiegen ist. Das könnte darauf hinweisen, dass die umfangreichen Aktivitäten im Vorfeld des Hautkrebstages dazu führen,

dass die Beurteilung im Rahmen der Selbstuntersuchung kontinuierlich verbessert wurde.

Die oben dargestellten wichtigsten Ergebnisse der Schweizer Hautkrebswoche zeigen eindrucksvoll, wie wichtig diese Aktivitäten sind. Es macht Sinn, dieses Engagement weitere drei Jahre fortzuführen, was auch

# Neues aus der SGDv

# Nouvelles de la SSDV

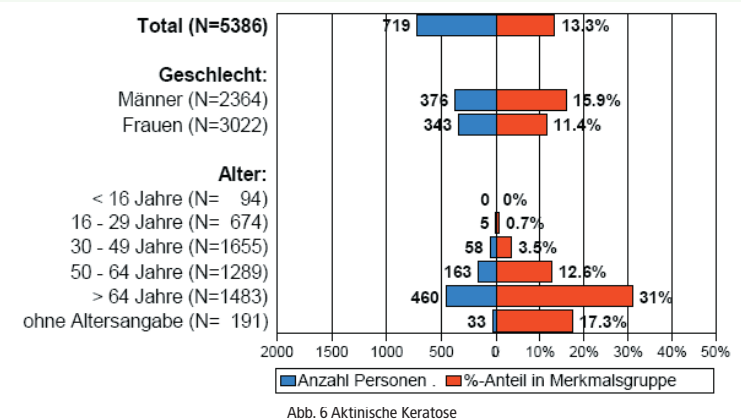
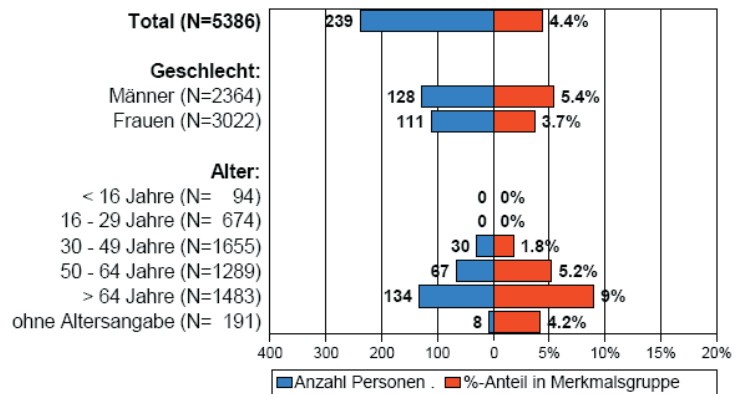
an der Jahresversammlung der Schweizer Dermatologen in Lausanne bestätigt wurde.

Im Namen der Krebsliga Schweiz und des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie danke ich allen, die zum Erfolg dieser Aktion beigetragen haben und ermutige weitere Kollegen, im Rahmen des nächsten nationalen Hautkrebstages, am 11. Mai 2009, mitzuwirken.

Für die Mitglieder der Fachkommission Hautkrebs

Prof. Dr. med. Reinhard Dummer  
Dr. med. Thomas Hofer

Dr. med. Mark Anliker, Kantonsspital St. Gallen  
Dr. med. Andreas Arnold, Universitätsklinik Basel  
Dr. med. Urs Bösch, Swissana Clinic, Meggen  
Dr. Jean-Luc Bulliard, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne  
PD Dr. med. Antonio Cozzio, Universitätsspital Zürich  
Herr Beat Gerber, Bundesamt für Gesundheit, Bern  
Prof. Dr. med. Daniel Hohl, Hôpital de Beaumont, Lausanne  
PD Dr. med. Robert Hunger, Inselspital Bern  
Prof. Dr. med. Peter Itin, Universitätsklinik Basel  
Dr. med. Daniela Mihic-Probst, Institut für Klinische Pathologie der Universität Zürich  
Dr. Mirjana Moser, Bundesamt für Gesundheit, Bern  
Prof. Dr. med. Renato Panizzon, Hôpital de Beaumont Lausanne  
Dr. med. Thomas Zaugg, Thun  
Ruth Barbezat, Programmleiterin Hautkrebs, Krebsliga Schweiz



## Dermatologische Terminologie

## Terminologie dermatologique

Monika HARMS

### Porokeratose Porom

Diese beiden dermatologischen Bezeichnungen haben keinen gemeinsamen Ursprung, wie man leicht annehmen könnte.

Die griechischen Ursprungsworte sind :

πωρόω = **poroo** = **versteinern, verhärten**  
πόρος = **poros** = **Verlauf, Kanal, Pore**  
κέρας = **keras** = **Horn**

Die Porokeratosen charakterisieren sich durch eine Hyperkeratose, womit als Ursprungswort *poroo* anzusehen ist. Es handelt sich bei diesen Dermatosen um eine Störung der epidermalen Verhornung. Es gibt mehrere klinische Varianten wie die plaqueförmige Form von Mibelli, die disseminierte aktinische Form sowie die palmo-plantaren Formen. Sie werden gemäss dem autosomalen dominanten Modus vererbt, wobei es aber häufige Mutationen gibt.

Im Gegensatz dazu leitet sich die Bezeichnung Porom von dem griechischen Wort *poros* = Kanal ab. Diese Veränderungen entwickeln sich von einem Drüsenausführungskanal oder von einem Haarfollikel. Demgemäss unterscheidet man das follikuläre Porom und das ekkrine Porom. Das erstere ist in behaarten Regionen wie die Bartgegend anzutreffen das andere an der Fusssohle.

### Porokératose Porome

Ces 2 termes n'ont pas la même origine comme on pourrait le croire.

Les mots grecs d'origine sont :

πωρόω = **poroo** = **pétrifier**  
πόρος = **poros** = **conduit, canal, pore**  
κέρας = **keras** = **corne**

Les porokératoses sont caractérisées par une hyperkératose. C'est donc le terme "pétrifier" qui est à son origine. Elles sont dues à un trouble de la kératinisation épidermique. Il existe plusieurs formes cliniques, comme celle en plaque décrite par Mibelli, une forme disséminée et actinique, la forme linéaire et les formes palmo-plantaires. Elles se transmettent sur le mode autosomique dominant, mais il y a des mutations fréquentes.

Par contre les poromes ont reçu leur dénomination du terme grec *poros* signifiant pore car ils se développent à partir d'un canal excréteur ou folliculaire. On connaît le porome folliculaire et le porome ecchrine. L'un se trouve sur les régions pilaires comme la barbe et l'autre sur la plante du pied.



## Honey for the treatment of chronic wounds

Whyndam-White C.<sup>1</sup>, Salomon D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> HES, Haute école de Santé, Genève

<sup>2</sup> Clinique de Dermatologie, HUG

### Introduction

Honey, which was used more than 4000 years ago, in Ancient Egypt for healing purposes, has held a unique significance in the treatment of wounds and ulcers until today [1] -Since honey is a natural product, the efficacy may vary, depending on its origin and the type of processing it has undergone [2]. This variability has created discretion on the use of honey therapeutically in academic medicine.

### Honey properties

Due to its relatively occlusive properties, honey can provide a protective coating for the wound bed and improve the wound homeostasis, through their different properties :

- Occlusive and hygroscopic effect: Being a viscous compound (Figure 1), honey may help to maintain a moist environment within the ulcer, thereby providing good conditions for healing (Figure 2). Being a hyperosmotic compound, honey may help to absorb excessive fluids and secretions from the ulcer bed [1-3].
- Enzymatic debridement: Honey contains enzymes, such as catalase, [1]. These enzymes may contribute to healing by digesting necrotic material on the ulcer bed (Figure 3). Others have suggested that autolytic debridement, induced by honey may be enhanced by the presence of hydrogen peroxide, since matrix metalloproteases are activated by oxidation [4] .
- Antimicrobial activity: Generally speaking, compounds of high osmolarity, such as honey or solutions containing high concentrations of sugars, inhibit bacterial growth (Figure 4). [5-6] . However, when used as dressings, because of gradual dilution, the antibacterial activity resulting from hyperosmolarity is significantly reduced [7] . The antibacterial effect has also been attributed to hydrogen peroxide, produced within the honey dressing.



**Fig. 3 : Effectiveness of honey treatment**

Chronic leg ulcers of mixed arterio-venous insufficiency treated with honey preparation.

a) pretreatment

b) three weeks posttreatment with honey.

Note the regression of the necrotic tissue in the superior part of the ulcer, the occurrence of granulation tissue and the beginning of the epidermisation from the edges of the ulcer.

Immune system modulation: Honey may stimulate mitogenesis in B and T lymphocytes, activate neutrophils and stimulate the release of tumour necrosis factor- $\alpha$  from monocytes [8] .

Apart from those possible advantages, honey prevents adhesion of the dressing material to the wound.

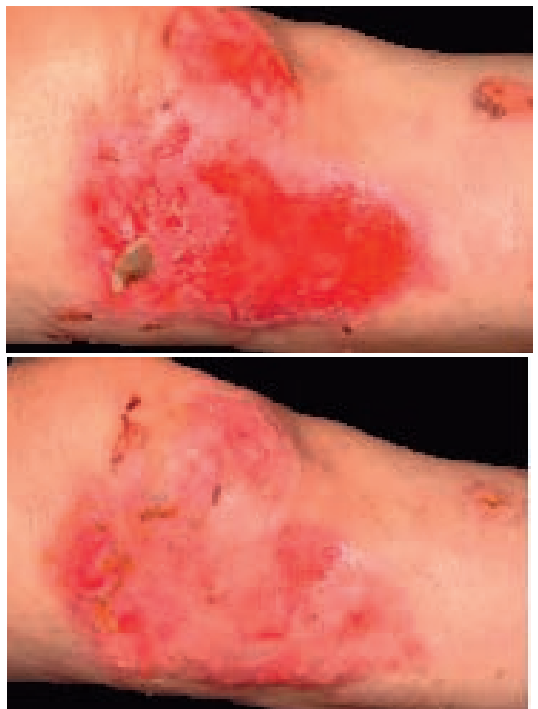
### Honey an antiinfectious agent

The skin serves as a protective barrier to infection. Once the barrier is damaged, opportunity to secondary infection arises. Chronic wounds are frequently caused by endogenous mechanisms associated with a predisposing condition that compromises the integrity of dermal and epidermal tissue, and ultimately impair the wound healing process e.g. foot ulcers and pressure sores. Furthermore, exposed



**Fig. 1 : Mode of application.**

Honey in gauze is directly applied on the ulcer and covered by a paraffin gauze



**Fig. 2 : Treatment of a post bullous erosion by honey**

A post bullous erosion in the context of a pemphigoid bullosa has been treated for 2 weeks with honey preparation. This treatment has been instauraed after one month of failure with previous topical treatments. Systemic therapy has not been changed during all this period.

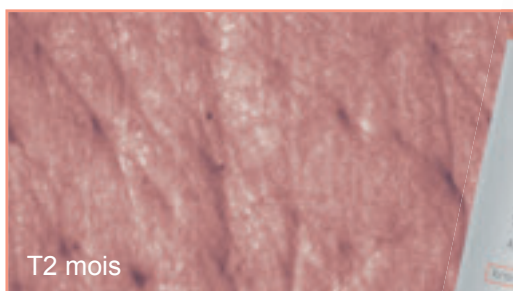
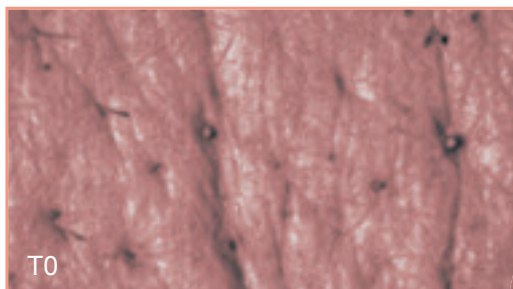
Soins anti-âge  
pour la peau à partir  
de 35 ans

# EAU THERMALE Avène

## YSTHEAL<sup>+</sup>

### Rétinaldéhyde<sup>®</sup> + Pré-Tocophéryl<sup>®</sup>: les précurseurs

Empreintes cutanées



© Brevet Pierre Fabre Dermo-Cosmétique

#### Le Rétinaldéhyde<sup>®</sup> (1)

Précurseur physiologique de l'acide rétinoïque endogène, il a prouvé son efficacité sur le photovieillissement.

#### Le Pré-Tocophéryl<sup>®</sup> (2)

Innovation dans la Recherche des Laboratoires Dermatologiques Avène, il est transformé par les enzymes épidermiques, à doses physiologiques, en Tocophérol, puissant agent antiradicalaire.

#### Une synergie démontrée

Aujourd'hui, associés dans YSTHEAL<sup>+</sup>, ces deux précurseurs exclusifs et brevetés agissent en synergie pour une action renforcée sur le photovieillissement.



(1) J.-H. Saurat, L. Didierjean, E. Masgrau, P.A. Piletta, S. Jaconi, D. Chatellard-Gruaz, D. Gumowski, I. Masouyé, D. Salomon and G. Siegenthaler, Topical Retinaldehyde on Human Skin: Biologic Effects and Tolerance. The Society for Investigative Dermatology Inc, 1994;

(2) R. Tarroux, F. Raccollet, A. Chastagnier, J. Perié and D. Redoulès. Conversion of  $\delta$ -tocopheryl-glucoside into free vitamin E in the skin. Institut de Recherche Pierre Fabre, Toulouse. Groupe de chimie organique biologique UMR 5068, Toulouse.



Pierre Fabre

Pierre Fabre (Suisse) SA - 4123 Allschwil



subcutaneous tissue provides a favourable environment for a variety of microorganisms to contaminate and proliferate in the wound bed, disturbing the healing process. Due to the polymicrobial nature of these infections, the use of a single antibiotic agent may not be adequate, and combination of antibiotics increases the risk of development of resistance to antibiotics in microorganisms. The prolonged use of these topical antibiotic preparations could also induce contact dermatitis.

Various studies have shown that the use of honey [5-7] can be beneficial in the treatment of wounds. As the antibacterial properties of honey vary according to its source, the proposition of evaluating honey of European sources is interesting.

An in vitro study of the antibacterial activity of different honeys on common wound pathogens, *S. aureus*, *Enterococcus faecalis*, *E. coli*, *P. aeruginosa* and *C. albicans* were carried out. Approximately 30 mg of the different honey :Manuka, and Rewarewa from Australia, and European honeys from source A, B and C were tested. (Fig 4).

*S.aureus*, *E. coli* and *P. aeruginosa* were sensitive to the 5 honeys tested. *E. faecalis* was sensitive to Rawarewa and Manuka honeys only and *C.albicans* was resistant to all the honeys tested but a slight inhibition of growth was observed with Rawarewa honey.

## Honey as a treatment for chronic wounds

Despite this variation in the antibacterial activity of the different source of honey, the use of honey preparation by nurses in ambulatory care provide satisfactory results (Fig 2,3) [9-11]. In practice, the wound bed is cleaned with sterile isotonic saline and honey, 100 – 200 mg/cm<sup>2</sup> which is approximately 2 mm of thickness, is spread directly on the wound surface with a spatula. A secondary sterile gauze is put into place and fixed with a bandage or in some cases only covered with a hydrocellular dressing. The bandages could be changed every two days.

Honey prevents adhesion damages to the wound bed when the dressing is removed. Apart from this "dressing property", no sign of irritation or inflammation has been observed in our small group of patients. Nevertheless, honey progressively become liquid when it is in contact with the skin. Therefore the bandages should be secured to block the flow of honey out of the treated area. Clinically the necrotic or fibrinous part of the wound bed improve during the treatment (fig. 3).

## Conclusions

At present one cannot make a definitive statement with respect to the use of honey in the management of cutaneous ulcers, but this approach considered until now as an alternative treatment could become in the future one of the first line treatment of leg ulcers in view of their beneficial effects and low cost [12-13].

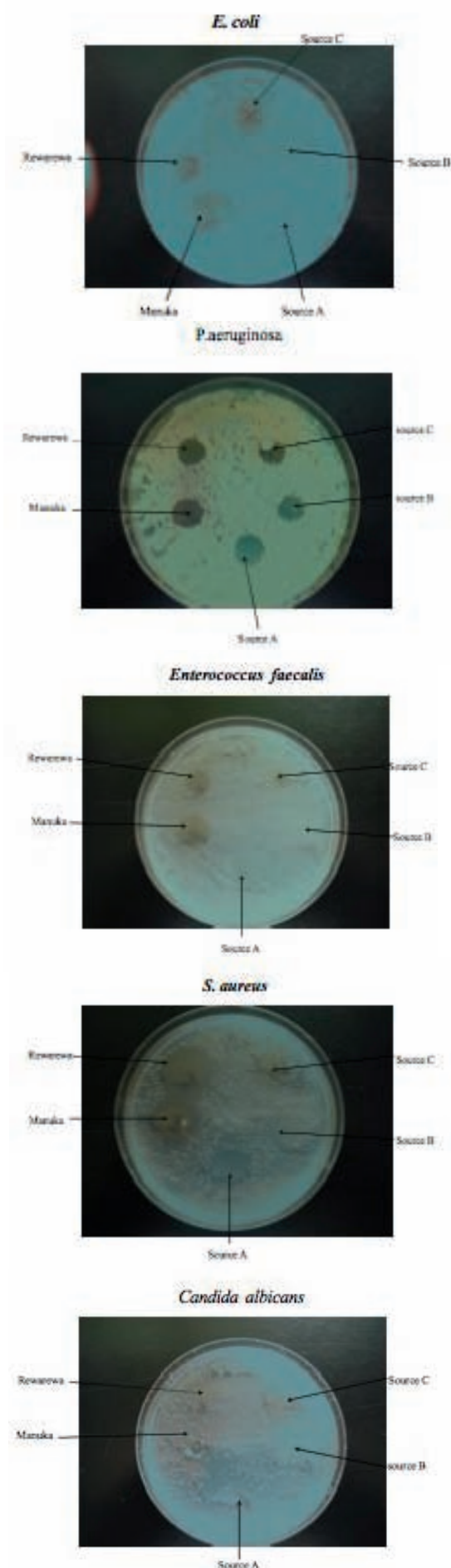
## Acknowledgment

We would like to thank Mr. S Dharan for the bacteriological evaluation of the different honeys.

## References

1. Zumla A, Lulat A. Honey- a remedy rediscovered. J R Soc Med. 1989; 82 : 384-385.
2. Drouet N. l'utilisation du sucre et du miel dans le traitement des plaies infectées. Presse Méd. 1983 ; 12 :2355-6.
3. Efem SEE. Clinical observations on the wound healing properties of honey. Br. J surg. 1988; 75: 679-681.
4. Molan PC. The evidence supporting the use of honey as a wound dressing. Lower extremity wounds. 2006; 5: 40-54.
5. Paulus H.S. Kwakman, et al. Medical- grade honey kills antibiotic-resistant bacteria in vitro and eradicates skin colonization, Clinical Infectious Diseases. 2008; 46:1677-82.
6. Goic, Y. Caractéristiques microbiologiques du miel. Bulletin de liaison du Centre National du Développement Apicole. 2002 ; 4 : 7-9.
7. Kwakman, P.H.S., Johannes, P.C., Van den Akker, Glüçü, A., Aslami, H., Binnekade, J.M., de Boer, L., Boszhard, L., Paulus, F., Middelhoeck, P., te Velde, A.A., Vandenbroucke-Grauls, C.M.J.E., Schultz, J. & Zaat, S.A.J. Medical-Grade Honey Kills Antibiotic-Resistant Bacteria In Vitro and Eradicates Skin Colonization. Bactericidal Activity of Medicinal Honey.2008; 46: 1677-1682.
8. Tonks AJ, Cooper RA, Jones KP, Blair S, Parton J, Tonks A. Honey stimulates inflammatory cytokine production from monocytes. Cytokine 2003; 21 : 242-7.
9. Andrew, J., Walker, N., Parag, V., Molan, P. & Rodgers, A. Randomized clinical trial of honey-impregnated dressings for venous leg ulcers. British Journal of Surgery. 2008; 95: 175-182.
10. Dunford C. The use of honey-derived dressings to promote effective wound management. Prof Nurse. 2005; 20:35-8.
11. Schumacher, H.H.A. Use of medical honey in patients with chronic venous leg ulcers after split-skin grafting. Journal of wound care. 2004 ; 13: 451-452.
12. Moore, O.A., Smith, L.A., Campbell, F., Seers, K., McQuay, H.J. & Moore, A. Systematic review of the use of honey as a wound dressing. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2001;1: (2).
13. Khan, F.R., Ul, Z. & Rauf, N. Honey : nutritional and medicinal value. International Journal of Clinical Practice. 2007; 61: 1705-1707.

Fig. 4 : Antibacterial activity of various honey preparation..



## 10 Jahren Lipodystrophie – 1998 -2008

### Die "Groupe Lipo" der Hôpitaux universitaires de Genève : Ein Beratungsangebot für VIH-Positive mit dem Lipodystrophie-Syndrome

Laurence Toutous-Trellu<sup>1</sup>, Alexandra Calmy<sup>2</sup>

1. Service de dermatologie, unité VIH et département de Réhabilitation et Gériatrie, HUG

2. Service des maladies infectieuses, Unité VIH, HUG



Unter dem Namen "Groupe Lipo" betreibt das Universitätsspital Genf seit diesem Sommer ein Projekt mit dem Ziel, HIV-Positive, die unter dem Lipodystrophie-Syndrom leiden, beratend zu unterstützen

Das Lipodystrophie-Syndrom ist eine Kombination von peripherer Lipotrophie (Verlust von Unterhautfettgewebe an Armen, Beinen und Gesäss, im Gesicht und an den Schläfen), einer gelegentlich vorliegenden Fettansammlung an Bauch, Nacken oder (v.a. bei Frauen) an den Brüsten und metabolischen Veränderungen, z.B. erhöhten Blutfettwerten (Lipide) oder Blutzuckerwerten (Glukose). Für die betroffenen Personen stehen vor allem Veränderungen des Aussehens im Vordergrund. Insbesondere der Verlust des Subkutan- und Wangenfettes im Gesicht führt zu einem ausgezehrtten, schwerkranken Gesichtsausdruck. Daraus können reaktive Depressionen und damit einhergehend ein Rückzug aus der Öffentlichkeit erfolgen.

Die Ursachen der Lipodystrophie sind zwar nicht restlos geklärt, es gilt aber als gesichert, dass ein Zusammenhang zwischen bestimmten Aspekten antiretroviraler Therapien und dem Lipodystrophie-Syndrom besteht (vgl. Swiss Aids News 1, Feb. 2007, S. 4). Als schwerwiegende Nebenwirkung aktueller Therapiemethoden hat das Lipodystrophie-Syndrom deshalb für viele HIV-Patienten weitreichende Folgen. Seine Häufigkeit wird in verschiedenen Studien unterschiedlich angegeben, es dürften jedoch 14–40% aller HIV-Positiven betroffen sein.

Da einerseits an mehreren Körperstellen Fettumlagerungen entstehen, andererseits aber auch veränderte Blutwerte auftreten können, beschäftigt das Lipodystrophie-Syndrom verschiedene medizinische Fachrichtungen. Neben den rein medizinischen Aspekten sind auch die psychischen Folgen zu bedenken. Dementsprechend multidisziplinär setzt sich die "Groupe Lipo" zusammen: es sind Fachleute aus den Kompetenzbereichen HIV/Aids, Dermatologie, Ernährung, Psychologie, plastische Chirurgie, Endokrinologie und kosmetische Medizin vertreten.

Wie sieht die Beratungs- und Unterstützungstätigkeit der Groupe Lipo aus? Einmal monatlich, nämlich jeden letzten Donnerstag, findet ein Beratungstag für all jene statt, die den oben beschriebenen unerwünschten Nebeneffekten einer antiretroviralen Therapie ausgesetzt sind. Für die Beratung können Betroffene von ihrem behandelnden Arzt überwiesen werden, man kann aber auch selbst jederzeit Kontakt aufnehmen,

um sich anzumelden. Die Beratung nimmt den ganzen Tag in Anspruch, weshalb sich die Teilnehmenden bereits um 8 Uhr einfinden müssen. Der Vormittag ist reserviert für die Erstellung eines medizinischen Gutachtens, das insbesondere auf Blutwertmessungen und radiologischen Tests basiert. Im restlichen Verlauf des Tages werten die Fachleute der Groupe Lipo die erhaltenen Resultate aus und erarbeiten auf dieser Grundlage eine Reihe von Ratschlägen und Empfehlungen. Diese richten sich zum Teil direkt an die Teilnehmenden selbst, zum Teil aber auch an deren behandelnden Ärzte, welchem ein schriftlicher Rapport überstellt wird. Da das gesamte Programm mit Tests, Analysen und Gesprächen ziemlich viel Zeit in Anspruch nimmt, geht ein normaler Beratungstag erst gegen 18 Uhr zu Ende. Entsprechend den vielschichtigen Problemstellungen, die sich aus den Folgen des Lipodystrophie-Syndroms ergeben, finden Empfehlungen aus allen in der Groupe Lipo vertretenen Fachrichtungen Eingang in die Beratung. Neben einem umfassenden medizinischen Gutachten zur HIV-Infektion, die allenfalls Aufschluss über alternative antiretrovirale Therapien geben kann, wird auch die psychische Situation der zu be-

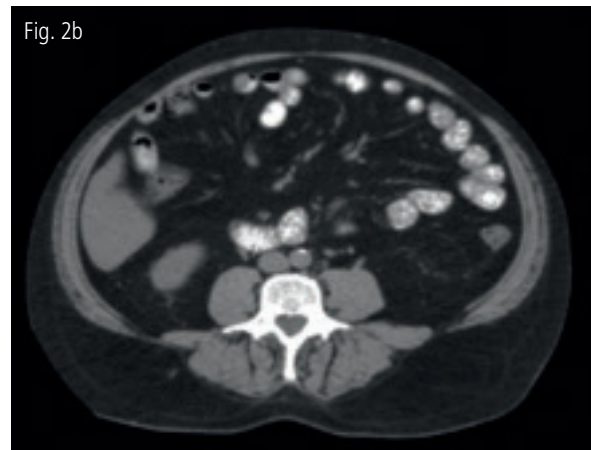


Um sich anzumelden. Die Beratung nimmt den ganzen Tag in Anspruch, weshalb sich die Teilnehmenden bereits um 8 Uhr einfinden müssen. Der Vormittag ist reserviert für die Erstellung eines medizinischen Gutachtens, das insbesondere auf Blutwertmessungen und radiologischen Tests basiert. Im restlichen Verlauf des Tages werten die Fachleute der Groupe Lipo die erhaltenen Resultate aus und erarbeiten auf dieser Grundlage eine Reihe von Ratschlägen und Empfehlungen. Diese richten sich zum Teil direkt an die Teilnehmenden selbst, zum Teil aber auch an deren behandelnden Ärzte, welchem ein schriftlicher Rapport überstellt wird. Da das gesamte Programm mit Tests, Analysen und Gesprächen ziemlich viel Zeit in Anspruch nimmt, geht ein normaler Beratungstag erst gegen 18 Uhr zu Ende. Entsprechend den vielschichtigen Problemstellungen, die sich aus den Folgen des Lipodystrophie-Syndroms ergeben, finden Empfehlungen aus allen in der Groupe Lipo vertretenen Fachrichtungen Eingang in die Beratung. Neben einem umfassenden medizinischen Gutachten zur HIV-Infektion, die allenfalls Aufschluss über alternative antiretrovirale Therapien geben kann, wird auch die psychische Situation der zu be-

Verschiedene Patienten, CT-Schnitte mit dem Fett in dunkel



Normales Scannerbild



Bedeutende subkutane und intra-abdominale Fettansammlung





Abb. 1a



Abb. 1b

ratenden Person evaluiert. Eine solche Analyse kann wichtige Hinweise liefern für Massnahmen zur Verbesserung der Therapietreue. Spezialisten geben des Weiteren wertvolle Hinweise, wie man die Ernährung optimal an die individuellen Veränderungen im Fetthaushalt anpasst, um die Auswirkungen von Fettumlagerungen zu reduzieren. Nicht zuletzt finden auch ästhetische Gesichtspunkte Berücksichtigung. Von kosmetischen Tricks bis hin zu Mitteln der plastischen Chirurgie werden alle Möglichkeiten aufgezeigt. Damit die Beratung den unterschiedlichen Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht werden kann, stehen



Fettsammlung im Rückenbereich

während des ganzen Tages die entsprechenden Spezialisten auch für individuelle Fragen und Gespräche zur Verfügung.

Sämtliche Analyseresultate, Gespräche usw. werden streng vertraulich behandelt. Die Kosten für diese von der Groupe Lipo angebotene Beratung werden für in der Schweiz wohnhafte und versicherte Personen von der Grundversicherung der Krankenkasse übernommen.

Die interdisziplinäre Konsultation findet in der dermatologischen Abteilung des HUG statt. Diese Abteilung stellt die nötige Infrastruktur, Personal und Räumlichkeiten, zur Verfügung. Dank der Zusammenarbeit mit der Dermatologie und der plastischen Chirurgie (für die Auffüllung mit Hyaluronsäure bei Wangenatrophie), kann die Behandlung der morphologischen Anomalien entsprechend aufgeteilt werden.

Abdominale CT scans werden systematisch durchgeführt (2 standardisierte Schnitte) und erlauben eine genaue Evaluation der subkutanen und abdominalen (Abb. 2a-2b) Aufteilung des Fettgewebes. Je nach Schweregrad der subkutanen Fettansammlung, wird eine Fettabsaugung oder eine abdominale Hautstraffung vorgeschlagen (Abbildung 1a vor und 1b nach einer Hautstraffung).

## Kreation/Koordination

Laurence Toutous-Trellu, chef de clinique, service de dermatologie (Prof. JH Saurat), unité VIH (Prof. B Hirschel) et département de Réhabilitation et Gériatrie (Prof. R Rizzoli). laurence.trellu@hcuge.ch

Alexandra Calmy, chef de clinique scientifique, service des maladies infectieuses, Unité VIH (Prof. B Hirschel). alexandra.calmy@hcuge.ch  
Hôpitaux Universitaires de Genève, 24 rue Micheli-du-Crest - 1211 Genève -Suisse.

## Gruppe der Lipo-Konsultations : Patienten und Multidisziplinäre

**Dermatologie** : Laurence Toutous-Trellu, Vincent Piguet,

**Maladies infectieuses** : Alexandra Calmy, Bernard Hirschel (Genève) et Enos Bernasconi (Lugano)

**Endocrinologie** : Christoph Meier (Zurich et Genève), Patrick Meyer (Genève)

**Nutrition** : Claude Pichard et Laurie Karsegard (diététicienne)

**Chirurgie plastique** : Badwi Elias, Oanna Meyer

**Psychologue, unité de psychiatrie de liaison** : Marlène Sartori

**Infirmières spécialistes cliniques** : Michèle Victorion (image corporelle) et Sonja Vincent-Suter (coordination patients)

**Esthéticienne** : Leila Rampino

## Ort

Service de dermatologie, Prof. J.-H. Saurat, im Rahmen der Konsultation der Geschlechtskrankheiten und der Konsultation der VIH assoziierten Dermatosen.

## Literatur

1. Nguyen A, Calmy A, Bernasconi E, Battegay M, Opravil M, Evison J.-M, Tarr P.E, Schmid P, Perneger T, Hirschel B, for the Swiss HIV Cohort Study. Lipodystrophy is not what it used to be: data from the Swiss HIV cohort study. HIV Medicine 2008, 9 :142-50
2. Phillips DR, Hay P Current perspectives on the management and prevention of antiretroviral-associated lipodystrophy. J. Antimicrobial Chem. 2008, 62 : 866-71.
3. Calmy A, Hirschel B, Cooper DA, Carr A, Clinical update : adverse effects of antiretroviral therapy. Lancet 2007, 370 : 12-14



Weitere Informationen auf <http://lipodystrophie.hug-ge.ch>

# Wissenschaft für die Schönheit

Unter dem Motto «Teilen Sie unser Geheimnis» haben Karina Berger und Permamed zum Lubex Anti-Aging Event ins Vertigo in Zürich eingeladen. Die illustre Gästeschar wurde nicht enttäuscht. Neben einem wissenschaftlichen Vortrag zum Thema «Anti-Aging» von Prof. Ralph Trüeb und der anschliessenden Podiumsdiskussion wurden in den trendigen Räumlichkeiten auch dermatologische Hautberatung, eine Anti-Age Bar und Verwöhneckchen angeboten.



IN FAHRT Karina Berger mit ihren Missen: María Dolores Dieguez, Bianca Sissing, Tanja Gutmann, Karina Berger, Christa Rigozzi und Mahara McKay (v.l.n.r.).



GUTE STIMMUNG Viele Gäste und interessante Themen beim Lubex Anti-Aging Event im Vertigo.



INTERESSANT Die Podiumsdiskussion mit Dr. Kern, Prof. Trüeb, Dr. von Thiesen, Moderatorin S. Kunz, Dr. Angehrn, Dr. Wittwer, Dr. Kägi (v.l.n.r.).



DISKUSSION Dr. Angehrn, Dr. Wittwer und Dr. Kägi (v.l.n.r.) in einer spannenden Diskussionsrunde über Anti-Aging und die Wirkung von Lubex anti-age.



INFORMATIV Prof. Dr. Ralph M. Trüeb, Leitender Arzt in der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich, erläutert die Zukunft des Anti-Aging.



HAUTTESTS Mittels eines Messgerätes und eines speziellen Programms werden verschiedene Hautanalysen durchgeführt.



GEWONNEN Frau A. Sarasin (links) gewinnt ein Wellness-Wochenende im Hotel Beatus in Merligen für 2 Personen.



TANJA DANKNERS LIVINGROOM Tanja Dankner verzaubert die geladenen Gäste mit ihrer gefühlvollen Stimme.

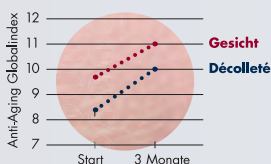


DIE GASTGEBER Karina Berger und Christian Lutz freuen sich über einen gelungenen Abend.

**Lubex  
anti-age®**

*Dermatologische  
Synergie-Formel gegen  
Hautalterung*

Die Wirkung aller Lubex anti-age Produkte wurde in einer klinischen Studie geprüft und belegt. Als Grundlage wurden hautphysiologische Messungen durchgeführt, das Hautbild wurde fotografisch dokumentiert und durch Dermatologen im Doppelblindverfahren bewertet.



Der Lubex anti-age GlobalIndex verbesserte sich nach drei Monaten im Gesicht und Décolleté signifikant



Mit jeder verkauften Packung Lubex anti-age unterstützt Permamed die Krebsliga Schweiz im Programm „Prävention Brustkrebs“ mit einem Franken.

Beim Arzt, in Apotheken und Drogerien erhältlich.  
[www.lubexantiage.ch](http://www.lubexantiage.ch)



**Lubex anti-age®**

«Mein Geheimtipp!»

*Karina Berger*

**Karina Berger**



Your access to international research and experience in dermatology

# Dermatology



## NEW Information Services

### RSS Feeds

Subscribe to Karger *RSS* (Really Simple Syndication) feeds and you have the latest articles of your favorite journals always at your fingertips !

Continuously updated, the RSS feeds for Karger journals list the latest 20 articles which were published online and provides you with direct access to the article's abstract page and contents.

### Alert Service

The upgraded *Karger Alert System* offers a much wider selection and various interesting settings. Most importantly, it now includes e-articles alerts for online-first journals as well as early book announcements and book release notifications ! Compose your own free alert profile to make the most of this new information tool

To open your alert account go to [www.karger.com/drm](http://www.karger.com/drm) and click on the button Alerts & RSS.

**Free access to Dermatology for all  
SSDV/SGDV members on [www.derma.ch](http://www.derma.ch)**

**KARGER**

**S. Karger AG**  
P.O. Box  
CH-4009 Basel  
(Switzerland)  
[www.karger.com](http://www.karger.com)

**Now including**  
News and papers from the  
International League of  
Dermatological Societies





# Quiz

**Dr F. Poffet, Dr O. Gaide, Dr M. Harms - Genève**

Ein 7-jähriges Mädchen in bester Gesundheit ohne atopische Anamnese kommt wegen eines seit 14 Tagen andauernden Ausschlages zur Vorstellung. Die Eruption ist stark juckend aber es besteht kein Fieber und keine Herabsetzung des Allgemeinzustandes. Die Mutter gibt an, zu Beginn einen grossen Fleck am Rücken beobachtet zu haben. Danach ist es zu einer Ausbreitung der Eruption auf den ganzen Körper gekommen.

Die klinische Untersuchung (Fig. 1, 2) zeigt ein Exanthem, das den Stamm und den Hals, den Rücken, weniger stark die Extremitäten einnimmt. Es setzt sich aus nicht konfluierenden erythematösen Pappeln und Bläschen zusammen. Am linken oberen Rücken erkennt man einen circa 3 cm mit einer Kruste bedeckten Herd.

**Wie lautet ihre Diagnose und welche Untersuchungen nehmen sie vor?**

Une enfant de 7 ans, en bonne santé habituelle, non atopique se présente en raison de la survenue il y a environ 14 jours d'une éruption cutanée fortement prurigineuse sans état fébrile ni diminution de l'état général associé. La mère décrit qu'il y a d'abord eu un "grand bouton" dans le dos puis une extension des lésions sur tout le corps.

L'examen clinique (Fig. 1, 2) met en évidence un exanthème sur le tronc, le dos, la racine des membres, le cou, les régions mandibulaires composé de papulo-vésicules érythémateuses non confluentes. Sur la partie supérieure gauche du dos se trouve une plaque d'environ 3 cm recouverte d'une croûte.

**Quel est votre diagnostic et quelle est votre conduite à tenir ?**

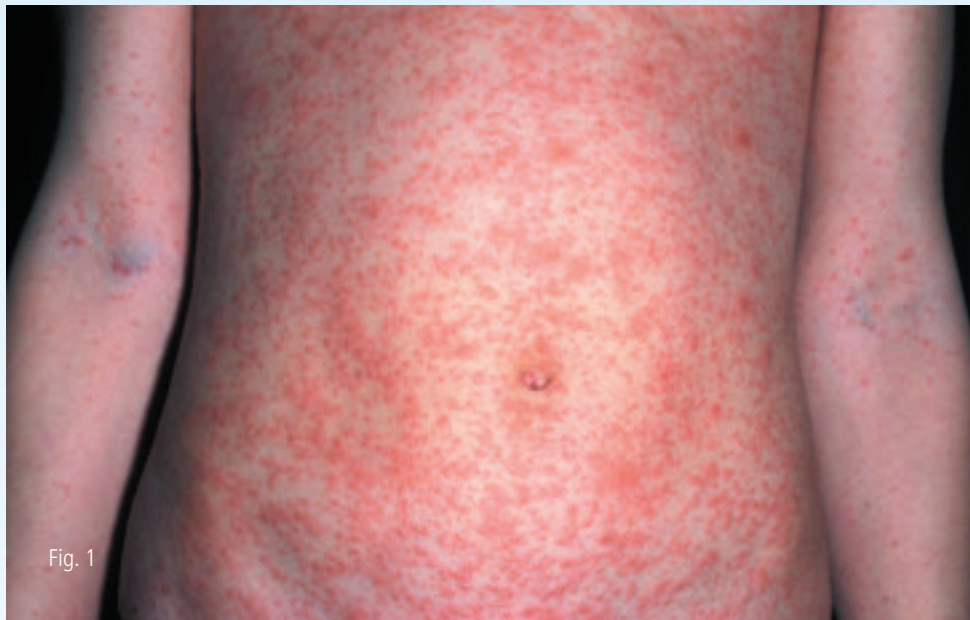


Fig. 1



Fig. 2

## Diagnose :

### Atypische Pityriasis rosea

(Camille Gibert (1797-1866), Schüler von Biett)

## Differentialdiagnose :

- Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta
- Varicellen
- Generalisierter Herpes
- Rickettsiose

Die sehr ausgedehnte Dermatoze verlief spontan gutartig. Das Kind hatte lediglich 3x15 Tropfen Fenistil® erhalten.

Die Diagnose wurde klinisch gestellt. Die gutartige Symptomatologie mit einem zweizeitigen Verlauf einerseits und das zwar atypische aber vorhandene Medaillon andererseits sprachen sehr deutlich für die Diagnose einer Pityriasis rosea. Es wurden keine weiteren Untersuchungen und keine Biopsie durchgeführt.

## Kommentar

Etwa 20% der Fälle von Pityriasis rosea präsentieren sich in einer atypischen Form.

### 1. Das Medaillon betreffend

- ohne Medaillon (nicht vorhanden oder nicht aufgefunden da versteckt z.B. Kopfhaut)
- doppeltes oder multiples Medaillon
- Medaillon ohne nachfolgende Eruption
- Medaillon an atypischer Lokalisation wie Kopfhaut, Gesicht, Hand- und Fussflächen, äussere Geschlechtsteile

### 2. Das Exanthem betreffend

- Befall des Gesichtes, der Achselhöhlen und Inguinalfalten und Rachen
- sehr profuser Befall
- distale Prädominanz
- unilaterale Verteilung (sehr selten)
- Einzelläsionen: Bläschen, Pusteln, lichenoid Pappeln, Quaddeln, Kokarden
- pigmentierte Formen

### 3. Den Zeitpunkt des Auftretens des Exanthems betreffend

- weniger als einige Stunden
- verspäteter Verlauf nach einigen Monaten

Bei dem vorgestellten Kind war die sekundäre Eruption atypisch was die Ausdehnung betraf, mit Einbeziehung des Gesichtes, und was die Komposition (Bläschen) der Einzelläsionen betraf.

## Interesse der Fallvorstellung

Atypische Formen der Pityriasis rosea sind nicht selten, vor allem bei Kindern. Dies stellt aber keine schlechte Prognose für den Verlauf dar und so sind auch wie für die typischen Eruptionen keine oder nur wenige zusätzliche Untersuchungen nötig.

Hier noch ein anderes Beispiel (Fig. 3) eines atypischen Verlaufes: bei einem 14-jährigen dunkelhäutigen Mädchen ist das Gesicht befallen und man erkennt auch das Medaillon in präaurikulärer Lokalisation.

## Diagnostic :

### Pityriasis rosé de Gibert atypique

(Camille Gibert (1797-1866) élève de Biett)

## Diagnostic différentiel :

- pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu (PLEVA)
- varicelle
- herpes généralisé
- Rickettsiose

L'évolution de cette dermatose pourtant très étendue est spontanément favorable chez cette enfant sous un traitement de Fenistil® gouttes 15 gouttes 3x / jour.

Le diagnostic a été purement clinique. La symptomatologie bénigne avec l'évolution en deux temps d'une part et la présence d'un médaillon initial certes atypique d'autre part, parlaient en faveur d'un PRG. Ainsi les examens biologiques et la biopsie cutanée n'ont pas été nécessaires.

## Commentaires

A la présentation clinique classique s'oppose environ 20 % de forme atypique.

### 1. Forme atypique quant au médaillon :

- éruption sans médaillon (absent ou alors passé inaperçu, cave cuir chevelu),
- apparition d'un médaillon double ou multiple,
- médaillon seul sans éruption consécutive,

La localisation du médaillon peut être atypique lorsqu'il siège sur le scalp, le visage, les paumes des mains, les pieds, les organes génitaux externes.

### 2. Forme atypique quant à l'éruption secondaire :

- lors d'une atteinte localisée à la face, aux régions inguinales et axillaires, au fond de gorge,
- son aspect généralisé et profus,
- sa prédominance distale,
- sa distribution unilatérale (exceptionnelle),
- l'aspect vésiculeux ou bulleux, pustuleux, lichénoïde, papulo-urticarien, à type d'érythème polymorphe,
- formes pigmentogènes.

### 3. Forme atypique quant au décours lorsque l'éruption secondaire survient :

- Soit inférieure à quelques heures
- Soit retardée de quelques mois.

Dans le cas de l'enfant décrit à la page précédente, l'éruption secondaire était atypique par son caractère profus, sa composante vésiculeuse et sa topographie généralisée incluant la face dans l'éruption.

## Intérêts du cas

Les formes atypiques de pityriasis rosé de Gibert, notamment chez l'enfant, ne sont pas rares. Elles ne sont pas associées à un mauvais pronostic évolutif et ne nécessitent en général pas d'examens supplémentaires.

Voici un autre exemple (fig. 3) d'un PRG atypique : enfant mélanoderme âgée de 14 ans avec atteinte du visage et plaque primaire à la même localisation.



Fig. 3

## Kongressreview

**EADV 2008 - PARIS - 17.-20. September 2008**

Unter dem Eindruck grundlegend neuer Erkenntnisse zum Entstehungsprozess der Psoriasis haben sich in den vergangenen Jahren völlig neue Therapiekonzepte entwickelt. Nicht mehr nur die Plaque-Psoriasis sondern auch die Psoriatische Arthritis (PsA), die Nagelpsoriasis sowie eine ganze Reihe von Komorbiditäten stehen heute im Blickfeld. Gleichzeitig sind die Erwartungen an die Behandlung mit hochwirksamen Biologics wie Infliximab gestiegen.

Bei der Jahrestagung der europäischen Dermatologen (EADV) in Paris wurde deutlich, wie stark diese Veränderungen in den klinischen Alltag hineinreichen.

Kardiovaskuläre Erkrankungen, Hypertonie oder das Metabolische Syndrom sind unter Psoriatikern weit verbreitet [1]. Es ist jedoch bis heute nicht ganz geklärt, ob dies ein tatsächlich unabhängiger Effekt der Psoriasis oder ein sekundäres Ergebnis einer krankheitsbedingten ungünstigen Lebensführung ist. Nachgewiesen ist jedoch, dass vor allem jüngere Patienten mit schwerer Psoriasis ein erhöhtes Risiko für einen Myokardinfarkt besitzen [2]. Daraus sollten Konsequenzen gezogen werden, erklärte Prof. Dr. Wolfgang Sterry von der Charité in Berlin, nämlich pro Jahr eine Blutdruck-, BMI-, Körpermitte- und Blutzucker- und Lipidspiegel-Messung, sowie jedes zweite Jahr eine Ultraschall- und EKG-Messung. Werden kardiometabolische Risiken festgestellt, so Sterry, sollte mit entsprechenden Medikamenten behandelt werden. "Gleichzeitig muss man aber die systemische Entzündung mit systemischen Medikamenten rigoros therapieren", sagte der Dermatologe beim diesjährigen EADV-Kongress in Paris.

### Hohe Erwartungen in anti-TNF $\alpha$ -Therapie werden erfüllt "The things are changing"

Bei Patienten mit mittelschwerer und schwerer Psoriasis haben sich solche Behandlungen in jüngerer Vergangenheit deutlich verändert, erklärte Jonathan Barker vom St. Johns Institute of Dermatology in London, nämlich weg von den traditionellen Substanzen wie Methotrexat, Cyclosporin, Kortikosteroiden und Phototherapie hin zu den Biologics [3]. Wie wirkungsvoll die neuen Medikamente der vergangenen Jahre gegen Psoriasis eingesetzt wurden, demonstrierte Barker an einem Satellitensymposium in Paris anhand einer Statistik aus seiner Klinik. Bevor Biologics dort in einer bedeutsameren Menge Verwendung fanden, wurden in den Jahren 2002-3 und 2003-4 insgesamt 49 bzw. 51 Patienten wegen einer schweren Psoriasis ins Spital eingewiesen. Mit dem verstärkten Einsatz der Biologics in der Folgezeit waren dies in den Jahren 2006-7 nur noch vier Patienten. Damit sei die Anzahl der Bettentage von 1194 für diesen Personenkreis auf nur noch 55 gefallen. "Wir haben damit die Notwendigkeit solcher Einweisungen eindrucksvoll auf



Prof. Dr. Jonathan Barker

ein Minimum reduziert", erklärte Barker. Dies würde klar demonstrieren, wie sich die Dinge verändert hätten und welchen Stellenwert solche Medikamente mittlerweile besäßen. "Mit TNF $\alpha$ -Inhibitoren, wie z.B. Infliximab,

können die Dermatologen für ihre Patienten mit einer schnellen und nachhaltigen Hautverbesserung und einer deutlich höheren Lebensqualität rechnen".

### Neues Wissen und neue Konzepte

Wegen der nur begrenzt zur Verfügung stehenden therapeutischen Werkzeuge wurden in der Vergangenheit schon moderate Symptomverbesserungen als ausreichend akzeptiert und beispielsweise ein PASI 50 als guter klinischer Endpunkt betrachtet. "Der Fokus wurde früher hauptsächlich auf die Plaque-Psoriasis gelegt, andere Psoriasiserscheinungen wie Psoriatische Arthritis (PsA) oder Nagelpsoriasis hatten keinen so hohen Stellenwert", sagte Prof. Dr. Kristian Reich aus Hamburg. Durch die Erkenntnis, dass die Psoriasis eine entzündliche systemische Erkrankung ist, konnten völlig neue Konzepte für eine kontinuierliche Entzündungskontrolle entwickelt und etabliert werden. Die Konsequenz: Heute werden von einer antipsoriatischen Therapie wesentlich stärkere Hautverbesserungen verlangt als früher. Optimalerweise sollen mit einer 10- bis 16-wöchigen Behandlung PASI 75- oder sogar PASI 90-Werte anvisiert werden [4].

### Nagelpsoriasis: Eine besondere Belastung

Etwa die Hälfte der Patienten mit Plaque-Psoriasis sind von psoriatischen Veränderungen der Nägel betroffen. Solche Veränderungen, die im Extremfall die völlige Zerstörung der Nägel zur Folge haben können, stellen für die Betroffenen eine besondere psychische Belastung dar. Viele Patienten nähmen viel lieber grosse Plaques am Körper in Kauf als eine Nagelpsoriasis, betonte Reich "Es ist daher verwunderlich, dass bislang in weniger als einem Prozent der randomisiert kontrollierten Studien speziell auf die Nagelpsoriasis eingegangen wurde". Eine solche randomisierte Untersuchung stellt eine aktuell veröffentlichte Subanalyse der EXPRESS-Studie dar, in die 305 Nagelpsoriasis-Patienten mit einbezogen wurden [5]. Dabei zeigte sich, dass bei etwa einem Viertel aller Patienten der Daumen der rechten Hand von psoriatischen Veränderungen betroffen war – mehr als doppelt so häufig als die übrigen Finger. Es wurde aber auch deutlich, dass eine Behandlung der Nagelpsoriasis zwar schwierig und langwierig ist, aber letztlich erfolgreich sein kann. Während die mit Infliximab (5mg/kg) behandelten Patienten nach 10 Wochen zu 6,9%, nach 24 Wochen zu 26,2% und nach 50 Wochen zu 44,7% eine komplette Remission der Fingernägel zeigten, war dies nach 24 Wochen in der Placebogruppe nur bei 5,1% der Fall (NAPSI-Score,  $p < 0.001$ ).

"Bei solchen Fortschritten", so Prof. Reich, "geht es nicht nur um die kosmetische "Verschönerung" der Nägel, sondern um signifikante Verbesserungen sehr schwerer psoriatischer Nagelveränderungen".

"PASI 50 ist heute die absolute Minimalforderung", verdeutlichte Prof. Reich diese Tendenz. Aber nicht nur für die Plaque-Psoriasis, auch für die Fingernägel (NAPSI 50) und



Prof. Dr. Kristian Reich



die Psoriatische Arthritis (ACR 70) wird die therapeutische Messlatte höher gelegt. Auch unter dem Aspekt einer kontinuierlichen Verbesserung der Lebensqualität ist man heute an einem möglichst langfristigen Langzeitmanagement der Krankheit interessiert. Tatsächlich konnte in der EXPRESS-Studie gezeigt werden, dass es möglich ist, solche hochgesteckten Ziele zu erreichen [4]. Denn unter der Behandlung mit Infliximab (Remicade® 5 mg/kg KG) wiesen nach 10 Wochen 80,4% der Patienten einen PASI 75 (Plazebo: 2,6%) und 57,1% sogar einen PASI 90 auf (Plazebo: 1,3%,  $p < 0,001$ ). Solche Fortschritte seien auch über einen längeren Zeitraum möglich, sagte der Hamburger Dermatologe. Mit einer regulären Behandlung alle acht Wochen sei das hohe Response-Level bei der Mehrheit der Patienten über 50 Wochen hinweg gehalten worden. Solche Erfolge lassen aber auch die Therapieerwartungen hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen noch höher steigen: "Es könnte gut sein, dass wir in wenigen Jahren nur noch über den PASI 90 als angemessenes Ziel sprechen", sagte Reich.

## Ökonomische Revolution

Die Verbesserungen solcher Symptome sind mit einer deutlich erhöhten Lebensqualität verbunden. Während vor der Behandlung in der EXPRESS-Studie etwa 60% der Patienten angaben, die Erkrankung habe einen sehr starken bis extrem starken Effekt auf die Qualität ihres Lebens, waren dies nach 24 Wochen Infliximab-Behandlung nur noch knapp 10% [6]. Zwei Drittel der Teilnehmer berichteten sogar, die Krankheit würde überhaupt keinen Einfluss mehr auf ihre Lebensqualität nehmen (Lebensqualitätsindex DLQI). Trotz dieser optimistischen Ergebnisse und einer weltweit steigenden Zahl anti-TNF $\alpha$  behandelten Psoriasis-Patienten sei die Schuppenflechte immer noch klar unterbehandelt, betonte **Prof. Dr. Neil Shear**, von der Universität Toronto/Kanada. Mögliche Ursachen, auf diese hocheffektive Therapie zu verzichten, so Shear, seien neben Sicherheitsaspekten und ein zu geringer allgemeiner Informationsstand auch die hohen Kosten für das öffentliche Gesundheitswesen. Mit den wirtschaftlichen Aspekten befasst sich **Prof. Dr. Matthias Augustin** von der Hamburger Universitätsklinik schon sehr lange und intensiv. Vor allem Patienten mit schwerer Psoriasis, die in der Vergangenheit kaum Chancen auf einen substanziellen Heilungsprozess hatten, können heute durch den Einsatz moderner Medikamente wie TNF $\alpha$ -Inhibitoren auf symptomatische Fortschritte und auf eine deutlich verbesserte Lebensqualität hoffen, sagte der Dermatologe in Paris [7]. Diese Vorteile würden nicht nur die Komorbiditäten zurückdrängen, sondern auch das Ausufern der ansonsten unüberschaubaren Kosten verhindern. "Vom ökonomischen Standpunkt aus betrachtet, erzeugen moderne Therapien demnach nicht nur einen ausserordentlichen Nutzen für die Patienten sondern auch einen hohen Wert für die Gesellschaft", erklärte Augustin [8]. "Insofern stehen die hohen initialen Kosten

in einem Gleichgewicht zu dem enormen Benefit einer Behandlung – und das ist wirklich eine Revolution in der Psoriasis-Therapie."

## Anti-TNF senkt Mortalitätsrate

Revolutionen bergen jedoch auch Gefahren in sich. "Besonders wachsam sollte man bei der Prävention der Tuberkulose sein",

sagte **Prof. Dr. Jörg Prinz** von der Universitätsklinik München, weswegen vor einer Therapie immer ein TB-Standardscreening und bei positivem Test eine Prophylaxe durchgeführt werden sollte [9]. Auch an andere bakterielle und virale Infektionen sollte gedacht werden, wenn während der Therapie Beschwerden auftauchen. Jedoch ist eines immer zu beachten, betonte Prinz. Die Psoriasis habe als solche ein unabhängiges Mortalitätsrisiko. Männer sterben unbehandelt im Durchschnitt 3,5 Jahre und Frauen 4,4 Jahre früher als Menschen ohne diese Krankheit [2]. Tatsächlich konnte in einer grossen Vergleichsstudie mit über 20 000 Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) gezeigt werden, dass die Behandlung mit TNF $\alpha$ -Inhibitoren (HR 0,72), Methotrexat (HR 0,82) oder mit der Kombination aus beidem (z.B. Infliximab plus MTX: HR 0,67) mit einem geringeren Sterberisiko verbunden war als bei unbehandelten RA-Patienten (HR 1,0) [10]. Durch eine effektive Therapie, könne das Mortalitätsrisiko von Psoriatikern gesenkt werden, so das Resümee von Prof. Prinz. "Hinsichtlich der Gesamtmortalität sollte bei vorsichtiger Anwendung der Biologics das Infektionsrisiko immer im Verhältnis zum Nutzen einer Therapie betrachtet werden".

Autor : Dr. Klaus Duffner, Medizin und Wissen, D-79115 Freiburg.

## Literatur

1. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet 2007; 370: 263-271.
2. Gelfand JM et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: Results from a population-based study. Archives of Dermatology. 2007; 143: 1493-1498.
3. Tobin AM, Kirby B. TNF alpha inhibitors in the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. BioDrugs 2005; 19(1): 47-57.
4. Reich K et al. Infliximab induction and maintenance therapy for moderate-to-severe psoriasis; a phase III, multicentre, double-blind trial. Lancet. 2005; 366: 1367-1374.
5. Rich P et al. Baseline nail disease in patients with moderate to severe psoriasis and response to treatment with infliximab during 1 year. J Am Acad Dermatol. 2008; 58 (2): 224-231
6. Reich K. et al. Improvement in quality of life with Infliximab induction and maintenance therapy in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized controlled trial. Br. J Dermatol. 2006; 154; 1161-1168.
7. Augustin M. et al. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross sectional study in Germany. Dermatology 2008; 216 (4): 366-372.
8. Radtke et al. Economic considerations in psoriasis management. Clin Dermatol. 2008; 26(5): 424-431.
9. Doherty SD et al. National psoriasis foundation consensus statement on screening on for latent tuberculosis infection in patients with psoriasis treatment with systematic and biologic agents. J Am Acad Dermatol. 2008; 59(2): 209-17.
10. Michaud K, Wolfe F. Reduced mortality among RA-patients treated with anti-tnf therapy and Methotrexate. Ann Rheum Dis 2005; 64 (Suppl III): 87.



Prof. Dr. Matthias Augustin



**ESSEX Chemie AG**

Weyrstrasse 20, CH-6000 Luzern 6  
www.essex.ch

## Excipial Pruri® Lotio

### Neues Dermokosmetikum mit Menthol zur Pflege trockener und juckender Haut\*



Kälte und trockene Luft (sowohl draussen als auch in beheizten Räumen) prägt die Spätherbst- und Winterzeit. Dies führt vermehrt zu trockener und juckender Haut. Um hier Linderung zu bringen steht mit Excipial Pruri Lotio neu ein Levomenthol und Glycerin enthaltendes, juckreizmilderndes Dermokosmetikum zur Verfügung.

Hautzuständen entwickelt, insbesondere von:

- Altershaut und
- von trockenen Hautzuständen bedingt durch klimatische Bedingungen (trockene Luft im Winter, trockene Luft in Räumen).

Excipial Pruri® Lotio hat folgende Eigenschaften:

Emulsionstyp	Öl in Wasser Lotio (Hydrolotio)
Lipidgehalt:	27,3% (2/3 der Lipide sind pflanzlichen Ursprungs)
pH-Wert:	5
Glyceringehalt	10%
Levomentholgehalt	1%
Weiteres	Ohne Parfum Ohne Propylen-Glykol Ohne Lanolin

#### Juckreiz (Pruritus) [1,2,3]

Juckende Haut kann die Betroffenen in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigen. Chronischer Juckreiz betrifft gemäss einer Querschnitts-Studie bis zu 8% der erwachsenen Bevölkerung einer Stadt. Pruritus kann bei vielen dermatologischen und systemischen Erkrankungen unterschiedlicher Ätiologie auftreten. Wichtig ist daher bei der Linderung von Juckreiz, möglichst die Ursache zu bekämpfen und eine Chronifizierung zu verhindern.

Insbesondere trockene Haut ist ein häufiger Auslöser von Juckreiz. Eine hydratisierte, gepflegte Haut ist daher weniger anfällig für Juckreiz. Der Zusatz weiterer wirksamer Substanzen, wie beispielsweise Menthol, kann von Nutzen sein.

#### Menthol – kühlend und juckreizmildernd [4]

Obwohl das natürlich vorkommende, pflanzliche Menthol seit 2000 Jahren in der Medizin bekannt ist und verwendet wird, sind die genaueren Wirkmechanismen von Menthol auf die Juckreiz-Rezeptoren in der Haut erst seit einigen Jahren besser bekannt. Eine direkte und selektive Wirkung auf die  $\kappa$ -(Kappa)-Opioid-Rezeptoren wird postuliert, was zur Linderung des Juckempfindens beiträgt. Levomenthol kann zudem den kälte- und mentholempfindlichen Rezeptor TRPM8 spezifisch aktivieren und so ein Empfinden der Kühlung auslösen, was ebenso den Juckreiz lindert.

#### Glycerin – pflegend und hydratisierend [5]

Glycerin hydratisiert als natürlicher Feuchthaltefaktor das Stratum corneum und verleiht der Haut Elastizität und fühlbare Geschmeidigkeit. Als hauteigene Substanz gilt Glycerin zudem als ausgesprochen gut verträglich.

#### Excipial Pruri® Lotio – Profil

Excipial Pruri Lotio wurde zur Pflege von juckender Haut bei trockenen

#### Excipial Pruri® Lotio – dermatologisch erfolgreich getestet

20 Personen (10 Frauen, 10 Männer; 60-85 jährig) testeten im Februar-März 2008 während 28 Tagen das Produkt (2x tägliche Anwendung). Excipial Pruri Lotio reduzierte bei 80% der Anwender die Juckreiz-Häufigkeit und bei 75% der Anwender die Intensität des Juckreizes. Excipial Pruri Lotio verminderte zudem bei 75% der Anwender das Spannungs-Gefühl der Haut. 90% der Anwender empfanden eine gute Befeuchtung, 80% eine weichere Haut.

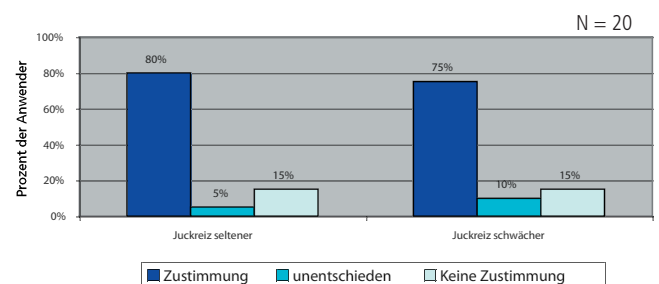


Abb. 1: Anwendungstest, Juckreizfrequenz/-stärke

Excipial Pruri Lotio wurde als leicht verteilbar (Aussage von 100% der Anwender) empfunden, löste eine angenehme Hautempfindung aus (bei 80%), hinterliess ein Gefühl gut gepflegter Haut (bei 90%) und beruhigte die Haut (bei 70% der Anwender).

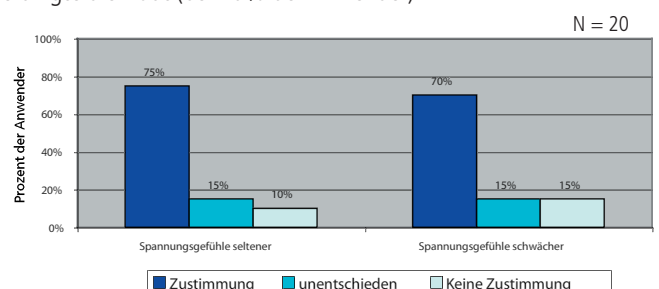


Abb. 2: Spannungsgefühlfrequenz/-stärke



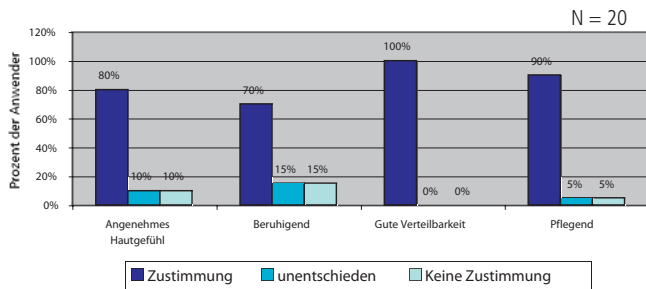


Abb. 3: Weitere Aspekte/Anwendung

Die gemessene Hauthydratation hatte nach 28 Tagen um 38,1% gegenüber dem Ausgangswert zugenommen. [6]  
In einem weiteren Hautverträglichkeitstest auf empfindlicher Haut zeigte sich, dass Excipial Pruri Lotio weder hautirritierend, hautsensibilisierend, photosensibilisierend noch phototoxisch ist und somit eine gute Hautverträglichkeit aufweist. [7]

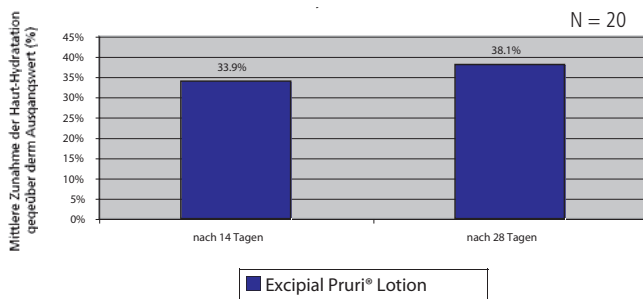


Abb. 4: Zunahme Haut-Hydratation

## Excipial Pruri® Lotio - Anwendungshinweise

Excipial Pruri Lotio kann beim Auftreten von Juckreiz-Anzeichen\* rasch auf die betroffenen Hautzonen und nach Bedarf mehrmals täglich aufgetragen werden.

\* z.B. bei altersbedingter Hauttrockenheiten oder infolge klimatischer Bedingungen

Die leichte, hydrophile Formulierung lässt sich optimal verteilen und kann deshalb auch auf behaarten Körperpartien angewendet werden. Die praktische Tube mit Kippverschluss lässt eine komfortable Entnahme und Anwendung zu.

Excipial Pruri Lotio soll nicht auf wunden, erodierten, aufgekratzten oder stark gereizten Hautstellen oder Haut mit deutlichen Fissuren angewendet werden, da es zu Brennen führen kann.

Excipial Pruri Lotio ist ein Dermokosmetikum und zu einem unverbindlichen Richtpreis (Publikum) von CHF 14.90 erhältlich.

## Referenzen

1. Ständer S. Pruritus – Pathophysiologie, Klinik und Therapie – Eine Übersicht. JDDG 2003; 1:105-18.
2. Ballmer-Weber BK et al. Juckreiz bei häufigen Hauterkrankungen und therapeutische Optionen. Praxis 2007; 96:107-11.
3. Ständer S. Chronischer Juckreiz. MMP 2006; 29. Jahrgang (2): 51-5.
4. Patel T et al. Menthol: A refreshing look at this ancient compound. JAAD 2007; 57 (5): 873-8.
5. Fluhr JW, Surber C. Glycerol and the skin: holistic approach to its origin and functions. Br J Dermatol 2008; 159 (1):23-34.
6. Derma Consult Concept GmbH. Combined Efficacy Test & User Trial Conducted with formula E467/041.039. 26. März 2008, Bonn (De).
7. Groupe DermScan. Etude de la tolerance cutanée/du pouvoir sensibilisant; evaluation du potentiel photosensibilisant/pouvoir sensibilisant. avec MENTHOL TOPISCH LOT E467/041.039. 23 juillet et 2 septembre 2008, Lyon (Fr).

Spirig Pharma AG  
Froschackerstrasse 6 / Postfach 111  
CH-4622 Egerkingen  
Tel. +41 (0)62 387 87 87  
Fax +41 (0)62 387 88 11  
Email : info@spirig.ch  
www.spirig.ch

## Excipial Pruri® Lotion :

**Nouveau produit dermo-cosmétique à base de menthol pour le soin des peaux sèches et prurigineuses\***



Le froid et l'air sec (aussi bien à l'extérieur que dans les pièces chauffées) caractérisent la fin de l'automne et le début de l'hiver. Cela entraîne une sensation accrue de peau sèche et prurigineuse. Excipial Pruri Lotion, un nouveau produit dermo-cosmétique à base de lévomenthol et de glycérine, est à votre disposition pour soulager la peau prurigineuse.

### Démangeaisons (prurit) [1,2,3]

Les démangeaisons cutanées peuvent avoir un impact considérable sur la qualité de vie de la personne qui en souffre. Selon une étude transversale, les démangeaisons chroniques touchent jusqu'à 8% de la population adulte d'une ville.

Le prurit peut apparaître avec un grand nombre de pathologies dermatologiques et systémiques ayant différentes étiologies. Il est important, lorsque l'on cherche à soulager les patients souffrant de prurit, de lutter contre les causes afin d'éviter que la pathologie ne devienne chronique.

La sécheresse cutanée est l'une des causes fréquentes du prurit. Au contraire, le prurit apparaît plus rarement sur une peau hydratée et soignée. Utiliser d'autres substances actives en complément, comme par exemple le menthol, peut s'avérer bénéfique.

### Le menthol – rafraîchissant et antiprurigineux [4]

Bien que le menthol végétal, disponible à l'état naturel, soit connu et utilisé par le corps médical depuis 2000 ans, les mécanismes d'action spécifiques du menthol sur les récepteurs cutanés des démangeaisons ne sont connus plus précisément que depuis quelques années. Une action directe et sélective sur les récepteurs  $\kappa$ -(kappa) opioïdes est postulée, ce qui contribue au soulagement de la sensation de démangeaison. Le lévomenthol peut en outre activer spécifiquement le récepteur TRPM8 sensible au froid et au menthol et provoquer ainsi

une impression de rafraîchissement qui soulage à son tour la sensation de démangeaison.

### La glycérine – soignante et hydratante [5]

En tant que facteur naturel d'hydratation, la glycérine hydrate le stratum corneum et confère à la peau une élasticité et une souplesse palpables. En tant que substance propre à la peau, la glycérine est en outre considérée comme particulièrement bien tolérée.

### Excipial Pruri® Lotion – Profil

Le produit Excipial Pruri Lotion a été développé pour le soin de la peau prurigineuse en cas des états cutanés secs, en particulier pour les cas de :

- peau mature
- sécheresse cutanée induite par les conditions climatiques (air sec en hiver, air sec à l'intérieur des bâtiments).

Excipial Pruri® Lotion a les propriétés suivantes :

Type d'émulsion	Lotion huile dans eau (hydro lotion)
Teneur en lipides	27.3% (2/3 des lipides sont d'origine végétale)
Valeur du pH	5
Teneur en glycérine	10%
Teneur en lévomenthol	1%
Divers	Sans parfum Sans propylène glycol Sans lanoline

### Excipial Pruri® Lotion – testée dermatologiquement avec succès

20 personnes (10 femmes, 10 hommes ; 60-85 ans) ont testé le produit en février – mars 2008 pendant 28 jours (2 applications quotidiennes).

Excipial Pruri Lotion a réduit la prévalence du prurit chez 80% des utilisateurs et l'intensité des démangeaisons chez 75% des utilisateurs.

Excipial Pruri Lotion a par ailleurs réduit la sensation de tension sur la peau chez 75% des utilisateurs. 90% des utilisateurs ont ressenti une bonne hydratation, 80% une plus grande douceur de la peau.

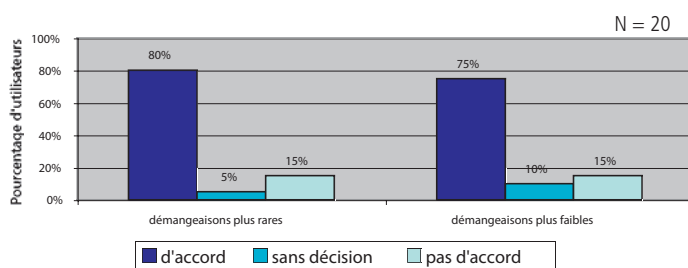


Fig. 1 : Test d'utilisation, fréquence / intensité des démangeaisons

La lotion Excipial Pruri Lotion a été décrite comme facile à répartir (déclaration de 100% des utilisateurs). Elle donne une sensation agréable à la peau (chez 80% des utilisateurs), laisse l'impression d'une peau soignée (90%) et apaisée (70%).

Après les 28 jours d'utilisation, l'hydratation cutanée mesurée avait augmenté de 38,1% par rapport à la valeur d'origine [6].

Un autre test de tolérance cutanée effectué sur peau sensible a montré que la lotion Excipial Pruri Lotion était ni irritante, ni sensibilisante, ni phototoxique et qu'elle n'augmentait pas la sensibilité à la lumière. Elle présente ainsi une bonne tolérance cutanée [7].

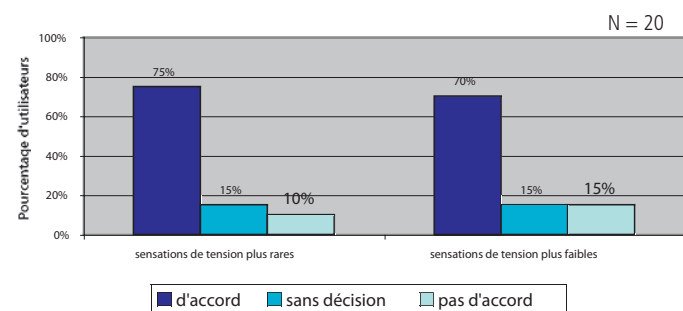


Fig. 2 : Fréquence / intensité de la sensation de tension

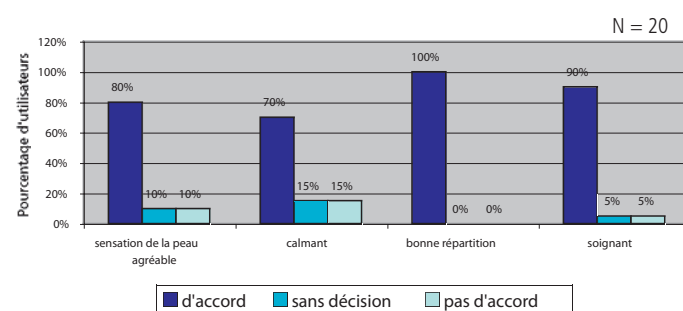


Fig. 3 : Autres aspects / utilisation

## Excipial Pruri® Lotion – Conseils d'application

Excipial Pruri Lotion peut être appliquée sans attendre sur les zones cutanées concernées dès les premiers symptômes de démangeaison\* et peut être appliquée plusieurs fois par jour en fonction des besoins. La formulation légère et hydrophile permet de répartir la lotion de manière optimale, y compris sur les zones pileuses du corps.

\* par ex. en cas de sécheresse cutanée due à l'âge ou causée par des facteurs climatiques

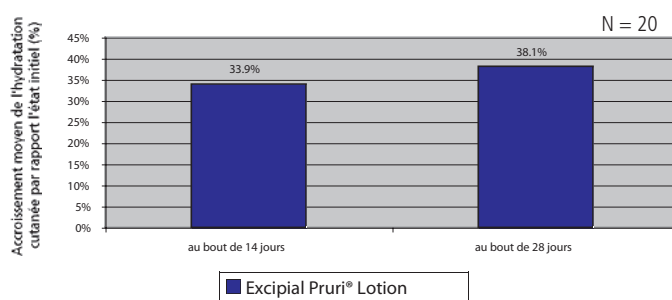


Fig. 4 : Accroissement de l'hydratation cutanée

Le tube, très pratique avec sa fermeture à capsule, permet une application et une utilisation faciles.

Excipial Pruri Lotion ne doit pas être utilisée sur des zones écorchées, des plaies, des griffures ou des zones fortement irritées, ni sur des gerçures marquées, car cela peut entraîner une sensation de brûlure.

Excipial Pruri Lotion est un produit de dermo-cosmétique disponible au prix de vente conseillé (public) de 14.90 CHF.

## Références

1. Ständer S. Pruritus – Pathophysiologie, Klinik und Therapie – Eine Übersicht. JDDG 2003; 1:105-18.
2. Ballmer-Weber BK et al. Juckreiz bei häufigen Hauterkrankungen und therapeutische Optionen. Praxis 2007; 96:107-11.
3. Ständer S. Chronischer Juckreiz. MMP 2006; 29. Jahrgang (2): 51-5.
4. Patel T et al. Menthol: A refreshing look at this ancient compound. JAAD 2007; 57 (5): 873-8.
5. Fluhr JW, Surber C. Glycerol and the skin: holistic approach to its origin and functions. Br J Dermatol 2008; 159 (1):23-34.
6. Derma Consult Concept GmbH. Combined Efficacy Test & User Trial Conducted with formula E467/041.039. 26. März 2008, Bonn (De).
7. Groupe DermScan. Etude de la tolérance cutanée/du pouvoir sensibilisant; évaluation du potentiel photosensibilisant/pouvoir sensibilisant. avec MENTHOL TOPISCH LOT E467/041.039. 23 juillet et 2 septembre 2008, Lyon (Fr).

Spirig Pharma SA  
Froschackerstrasse 6 / Postfach 111  
CH-4622 Egerkingen  
Tél. +41 (0)62 387 87 87  
Fax +41 (0)62 387 88 11  
Courriel : info@spirig.ch  
www.spirig.ch

# Das Akne- programm von Spirig



## Aknecolor® Aknefug® Clindamycin 1% Spirig Doxycyclin® Feminac 35® Minac® Procutol® Tretinac®

**Aknecolor®:** Z Clotrimazol: 10 mg/g. P Crémepaste: 30 g. Liste C. **Aknefug®:** Z Benzoylperoxid: 50 mg/ml. P Lotion: 55 ml. Liste C, SL. **Clindamycin 1% Spirig:** Z Clindamycin: 10 mg/ml. P Lösung: 30, 100 ml. Liste B, SL. **Doxycyclin®:** Z Doxycyclin: 100, 200 mg. P Tabletten: 100 mg: 8, 32. 200 mg: 8. Liste A, SL. **Feminac 35®:** Z Cyproteronacetat / Ethinylestradiol: 2 mg / 35 µg. P Dragées: 1x21, 3x21. Liste B. **Minac®:** Z Minocyclin: 50 mg. P Kapseln: 60. Liste A, SL. **Procutol®:** Z Triclosan: 10 mg/ml. P Waschlotion: 175, 500 ml. Liste D, SL. **Tretinac®:** Z Isotretinoin: 5, 10, 20 mg. P Kapseln: 5 mg: 30, 100. 10 mg: 30, 100. 20 mg: 30, 100. Liste A, SL (Limitatio: schwere, therapieresistente Akneformen). Ausführliche Angaben siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz.





Der vollständig humane  
monoklonale Antikörper  
bei Psoriasis!

# HUMIRA

Einfach menschlich...

**Neu! Kassenzulässig  
bei Psoriasis!**

**Humira (Adalimumab):** Z: Wirkstoff: Adalimumab, Fertigspritze oder vorgefüllter Injektor zur subkutanen Selbstinjektion (40 mg). I: Erwachsene Patienten mit aktiver mässiger bis schwerer rheumatoider Arthritis, welche ungenügend auf die klassischen Standardtherapien (Therapie mit einem oder mehreren DMARDs) ansprechen in Monotherapie oder in Kombination mit MTX bzw. anderen DMARDs, die eingesetzt wurden, wobei Kombinationen mit Ciclosporin, Azathioprin und anderen TNF-alpha-Therapien nicht untersucht wurden; kürzlich diagnostizierte (< 3 Jahre) MTX-naïve Patienten mit mässiger bis starker rheumatoider Arthritis, in Kombination mit MTX. Patienten mit Psoriasis-Arthritis, die ungenügend auf krankheitsmodifizierende Antirheumatika ansprechen, in Monotherapie oder Kombination mit DMARDs. Erwachsene Patienten mit aktiver ankylosierender Spondylitis, die nur unzureichend auf herkömmliche Therapien angesprochen haben. Erwachsene Patienten mit einem Morbus Crohn mit mässiger bis hoher Krankheitsaktivität, die nur unzureichend auf herkömmliche Therapien angesprochen haben sowie erwachsene Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Humira ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer, chronischer Plaque Psoriasis indiziert, bei denen eine systemische Therapie oder eine PUVA-Therapie angezeigt ist. **D:** Eine Injektion (40 mg) subkutan alle zwei Wochen. Im Fall einer Verminderung der Wirkung unter Monotherapie bei rheumatoider Arthritis kann eine Erhöhung der Dosierungsfrequenz auf 40 mg Adalimumab einmal wöchentlich von Vorteil sein. **Morbus Crohn:** 160 mg in Woche 0, 80 mg in Woche 2 und danach jede zweite Woche 40 mg als subkutane Injektion. **Psoriasis:** 80mg in der Woche 0, 40mg in Woche 1 und danach jede zweite Woche 40mg als subkutane Injektion. **KI:** Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe, aktive Tuberkulose, schwere Infektionen wie Sepsis oder opportunistische Infektionen, mittelschwere bis schwere Herzinsuffizienz (NYHA KI. III-IV). **Relative KI:** Aktive TB, aktive Infektionen, anaphylaktische/schwere allergische Reaktion, gleichzeitige Gabe von Lebendvakzinen, leichte Herzinsuffizienz, neurologische Ereignisse wie demyelinisierende Erkrankungen. **WH:** Infektionen, Hepatitis B Reaktivierung, allergische Reaktionen, maligne Tumore, Immunsuppression, Impfungen, gleichzeitige Anwendung von TNF-alpha-Inhibitoren und Anakinra, gleichzeitige Anwendung von TNF-alpha-Inhibitoren und Abatacept, hämatologische Ereignisse, Auto-Antikörper, Interak.: keine bekannt/nicht untersucht. **UW:** Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Schwellung, Rötung, Pruritus), Infektionen v.a. oberer und unterer Respirationstrakt (Pneumonie, Bronchitis), Virusinfektionen (Influenza, Herpes), Candidiasis, bakterielle Infektionen (Harnwegsinfektionen), Lymphopenie, Benommenheit (Schwindel), Kopfschmerz, neurologische Empfindungsstörungen (Parästhesien), Augeninfektionen, Reizung oder Entzündung des Auges, Husten, nasopharyngealer Schmerz, Diarrhoe, Abdominalschmerzen, Stomatitis und Mundulzeration, Übelkeit, Erhöhung der Leberenzyme, Hautausschlag, Dermatitis, Ekzem, Pruritus, Haarausfall, muskuloskelettale Schmerzen, Fieber, Müdigkeit/Abgeschlagenheit (Asthenie und Unwohlsein). **P:** Eine gebrauchsfertige Spritze oder ein vorgefüllter Injektor pro Packung. Abgabekategorie B. Kassenzulässig, Kostengutsprache nötig. Ausführliche Informationen über Indikationen, Dosierung, Nebenwirkungen und Anwendungseinschränkungen siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz 2008. **Vertrieb:** Abbott AG, Neuhoferstrasse 23, 6341 Baar.

 **Abbott**  
A Promise for Life